

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Departamento de Medicina**



**TESIS DOCTORAL**

**Percepción de la población general sobre la  
dermatología estética y su contribución al bienestar  
emocional**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**María Covadonga Martínez-González**

Directoras

Aurora Guerra Tapia  
Raquel-Amaya Martínez-González

**Madrid, 2014**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina



**PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL  
SOBRE LA  
DERMATOLOGÍA ESTÉTICA Y SU  
CONTRIBUCIÓN AL BIENESTAR EMOCIONAL**

TESIS DOCTORAL

M<sup>a</sup>. Covadonga Martínez-González

Bajo la Dirección de la Doctora: Aurora Guerra-Tapia

Co-Directora: Dra. Raquel-Amaya Martínez-González

Madrid, 2014

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Departamento de Medicina**

**PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL  
SOBRE LA  
DERMATOLOGÍA ESTÉTICA Y SU  
CONTRIBUCIÓN AL BIENESTAR EMOCIONAL  
TESIS DOCTORAL**

**DOCTORANDO: M<sup>a</sup>. COVADONGA MARTÍNEZ-GONZÁLEZ,  
MÉDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA.**

**DIRECTORA: DRA. AURORA GUERRA-TAPIA, DERMATÓLOGA  
JEFA DE SECCIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE  
OCTUBRE Y PROFESORA TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE  
DERMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE  
MADRID.**

**CO-DIRECTORA: DRA. RAQUEL-AMAYA MARTÍNEZ-GONZÁLEZ,  
PROFESORA TITULAR DE UNIVERSIDAD DEL DEPARTAMENTO  
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. UNIVERSIDAD DE OVIEDO.  
ASTURIAS.**

**Madrid, 2014**



DEPARTAMENTO DE MEDICINA ÁREA DE DERMATOLOGÍA

**DÑA. AURORA GUERRA-TAPIA**, PROFESORA TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID Y DERMATÓLOGA JEFA DE SECCIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE y **DÑA. RAQUEL-AMAYA MARTÍNEZ-GONZÁLEZ**, PROFESORA TITULAR DE UNIVERSIDAD DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. UNIVERSIDAD DE OVIEDO. ASTURIAS.

**CERTIFICAN:**

Que **Dña. M<sup>a</sup>. COVADONGA MARTÍNEZ GONZÁLEZ**, Licenciada en Medicina y Cirugía y Especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, ha realizado bajo nuestra Dirección la Tesis Doctoral titulada **“Percepción de la población general sobre la Dermatología Estética y su contribución al Bienestar Emocional”**, y que dicho trabajo reúne, a nuestro juicio, originalidad, evidencias científicas, calidad y méritos académicos suficientes para ser presentado como Memoria para optar al Grado de Doctor por la Universidad Complutense de Madrid.

Y para que así conste firman el presente Certificado, en Madrid, a 12 de mayo de 2014.

Fdo.: A. Guerra-Tapia

Fdo.: RA. Martínez-González

A mi FAMILIA.

## AGRADECIMIENTOS

- Esta Tesis es el resultado de un esfuerzo al que han contribuido múltiples personas, por lo que resulta imposible mencionar a todas ellas, obligándome a darles las gracias de manera colectiva.
- Deseo expresar mi gratitud a la Directora Dra. Aurora Guerra-Tapia y Co-Directora Dra. Raquel-Amaya Martínez-González de esta Tesis, por su asesoramiento técnico, inspiración, consejos prácticos, supervisión continuada, apoyo moral, positividad y sentido del humor, que me han animado a seguir adelante en todo momento, haciendo mucho más agradable el desarrollo y logrando la conclusión del presente trabajo. Sin desestimar la infinita paciencia con las interminables correcciones.
- Merecen también mi agradecimiento todos los que ayudaron en la fase de recogida de datos, entregando y recogiendo cuestionarios en diversos puntos de España: Oviedo, Madrid, Teruel, Valladolid, Sevilla, Bilbao...
- Y por supuesto a todas aquellas personas que se brindaron a cubrir el cuestionario con el único ánimo de colaborar en un trabajo de investigación y dedicando unos minutos de concentración, y sinceridad en las respuestas.
- Asimismo a las personas que contribuyeron al análisis estadístico de los datos: las Dras. Beatriz Rodríguez Ruiz y Lucía Álvarez Blanco, de la Universidad de Oviedo. Y a la Dra. Loredana Addimando y Dr. Alessandro Pepe, de la Università degli Studi di Milano-Bicocca (Milán). Al grupo de debate para las correcciones y primeras evaluaciones del cuestionario, a todos... muchas gracias.
- A mi familia.
- No quiero dejar de manifestar mi gratitud a mis maestros y compañeros de Dermatología del Hospital Universitario de la Coruña donde inicié mi andadura dermatológica, hasta al año 2008. Igualmente a los compañeros que han compartido conmigo el trabajo, porque de todos he aprendido y de todos hay algo en esta Tesis.

# ÍNDICE

# ÍNDICE DEL TEXTO

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	2
II.1. SALUD Y DERMATOLOGÍA ESTÉTICA.....	2
II.2. BIENESTAR EMOCIONAL, AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO.....	3
II.2.1. LA IMAGEN CORPORAL.....	9
II.3. LA PIEL.....	10
II.3.1. LA DERMATOLOGÍA.....	11
II.3.2. BREVE HISTORIA DE LA COSMETOLOGÍA Y LA ESTÉTICA .....	11



II.3.3. LA DERMATOLOGÍA ESTÉTICA COMO SUBESPECIALIDAD MÉDICA Y SUS TRATAMIENTOS .....	13
II.3.4. RELACIÓN CON LA DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA....	20
III. ESTUDIO EMPÍRICO.....	22
III.1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
III.1.1. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
III.1.2. REFERENCIAS PREVIAS.....	24
III.1.3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	26
III.2. MATERIAL Y MÉTODO.....	43
III.2.1. FASES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO.....	44
III.2.2. DIMENSIONES TEÓRICAS Y VARIABLES DE ESTUDIO..	50
III.2.3. MUESTRA.....	56

III.2.4. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	61
III.3. RESULTADOS.....	67
III.3.1.ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS MÉTRICAS DEL CUESTIONARIO.....	67
III.3.1.1.Valores Perdidos.....	68
III.3.1.2. Asimetría y Curtosis.....	68
III.3.1.3. Capacidad de discriminación de los ítems. Respuestas con tendencia al techo y suelo.....	72
III.3.1.4. Análisis factorial (validez de constructo).....	74
III.3.1.5. Análisis factorial confirmatorio.....	79
III.3.1.6.Análisis correlacional entre factores.....	83
III.3.1.7. Fiabilidad o Consistencia Interna.....	85
III.3.1.8. Validez Concurrente o de Criterio.....	87
III.3.2. ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN SOBRE LA DERMATOLOGÍA ESTÉTICA EN FUNCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS.....	91
III.3.2.1. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función del Sexo.....	91

III.3.2.2. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función de ser o no Paciente de Dermatología.....	94
III.3.2.3. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función tener o no una profesión con responsabilidad sobre otras personas.....	99
III.3.2.4. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función tener o no una profesión de cara al público o en relación frecuente con personas.....	102
III.3.2.5. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función de la edad.....	105
III.3.2.6. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función del estado civil.....	112
III.3.2.7. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función del nivel de estudios.....	116
III.3.2.8. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función del número de hijo/as.....	122
III.3.2.9. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función de los ingresos globales familiares.....	124
III.3.2.10. Análisis de diferencias en los Factores sobre Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional considerando el sexo y la edad.....	128
III.3.2.10.1. Análisis de las diferencias entre las mujeres en los Factores de Dermatología Estética en función de	

su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional.....	130
III.3.2.10.2. Análisis de las diferencias entre los hombres en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional.....	136
III.3.2.10.3. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de 18-25 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional.....	140
III.3.2.10.4. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de 26-44 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional.....	144
III.3.2.10.5. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de 45-65 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional.....	149
III.3.2.10.6. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de más de 65 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional.....	153

III.4. DISCUSIÓN .....	158
III.4.1. LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	158
III.4.2. EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS TRATAMIENTOS DE LA DERMATOLOGÍA ESTÉTICA.....	160
III.4.3. DERMATOLOGÍA ESTÉTICA Y BIENESTAR PERSONAL: VALORACIÓN Y APORTACIÓN DEL CUESTIONARIO DEBIE.....	165
III.4.4. TEORÍA SOCIO-CULTURAL Y MOTIVACIONES PARA REALIZAR TRATAMIENTOS COSMÉTICOS-ESTÉTICOS.....	169
III.4.5. PERCEPCIÓN DEL DERMATÓLOGO COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN TRATAMIENTOS DE ESTÉTICA MÉDICA CUTÁNEA. RELACIÓN ENTRE LA PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA Y LA DERMATOLOGÍA ESTÉTICA.....	171
III.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS DE PROFUNDIZACIÓN.....	177

**IV. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PRÁCTICAS .....178****IV.1. CONCLUSIONES RESPECTO A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS  
PLANTEADOS Y AL CONTRASTE DE HIPÓTESIS E IMPLICACIONES  
PRÁCTICAS DE DICHO CONTRASTE DE HIPÓTESIS.....178**

IV.1.1. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función  
del Sexo.....178

IV.1.2. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función  
de ser o no ser Paciente de Dermatología por alguna patología.....179

IV.1.3. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función  
tener o no una profesión con responsabilidad sobre otras personas.....180

IV.1.4. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función  
tener o no tener una Profesión de Cara al Público o en Relación  
Frecuente con Personas.....182

IV.1.5. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función  
de la Edad.....183

IV.1.6. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función  
del Estado Civil.....184

IV.1.7. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función  
del Nivel de Estudios.....185

IV.1.8. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función  
del Número de Hijos.....187

IV.1.9. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función  
de los Ingresos Globales Familiares.....188

IV.1.10. Análisis de las diferencias entre las Mujeres en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional.....	189
IV.1.11. Análisis de las diferencias entre los Hombres en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional.....	190
IV.1.12. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de 18-25 años en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional.....	191
IV.1.13. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de 26-44 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional.....	193
IV.1.14. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de 45-65 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional.....	194
IV.1.15. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de más de 65 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional .....	195
 IV.2. CONCLUSIONES GENERALES Y SUS IMPLICACIONES PRÁCTICAS.....	 196
 IV.3. CONCLUSIONES FINALES.....	 200

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	202
------------------------------------	-----

VI. ANEXOS: CUESTIONARIO DEBIE.....	241
-------------------------------------	-----



## ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1: Esquema del concepto multidimensional de la salud .....	3
- Figura 2: Modelo representativo de la estructura del autoconcepto para alumnos/as de 15 a 18 años .....	6
- Figura 3: Modelo representativo del autoconcepto físico .....	8
- Figura 4: Imagen de una enfermedad cutánea visible (psoriasis) que comúnmente afecta a la imagen corporal.....	10
- Figura 5: Anagramas de los grupos a los que hacemos referencia: Asociación Española de Dermatología y Venereología (AEDV), Dermatología Psiquiátrica (DP) y Grupo Español de Dermatología Estética y Terapéutica .....	21
- Figura 6: Esquema de los objetivos del trabajo .....	42
- Figura 7: Esquema del proceso de diseño del cuestionario.....	54

- Figura 8: Esquema de la estructura del cuestionario .....	54
- Figura 9: Resultados del análisis factorial confirmatorios (solo se han seleccionado las relaciones entre factores que han resultado estadísticamente significativas, * $p < 0,05$ , $p < 0,01$ ) .....	82
- Figura 10: Esquema de los análisis y resultados en el análisis factorial.....	90

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Sexo de los participantes .....	58
- Gráfico 2. Edad de los participantes .....	58
- Gráfico 3. Estado civil de los participantes .....	59
- Gráfico 4. Trabajo de los participantes .....	59
- Gráfico 5. Ingresos familiares de los participantes .....	59
- Gráfico 6. Nivel de estudios de los participantes .....	59
- Gráfico 7. Número de hijos de los participantes .....	60
- Gráfico 8. Ámbito de residencia primeros 15 años de vida de los participantes .....	60
- Gráfico 9. Diferencias en los Factores de Dermatología Estética en función del sexo .....	93

- Gráfico 10. Diferencias en los Factores de Bienestar Personal Emocional en función del sexo .....	94
- Gráfico 11. Diferencias en los Factores de Dermatología Estética en función de ser o haber sido paciente de Dermatología por alguna patología .....	98
- Gráfico 12. Diferencias en los Factores de Bienestar Personal Emocional en función de tener o no profesión con responsabilidad sobre otras personas.....	101
- Gráfico 13. Diferencias en los Factores de Bienestar Personal Emocional en función de tener o no una profesión de cara al público .....	104
- Gráfico 14. Diferencias en los Resultados Percibidos de la Dermatología Estética en función de la edad .....	107
- Gráfico 15. Diferencias en la Importancia del Aspecto Estético de la piel en función de la edad .....	108
- Gráfico 16. Diferencias en el Conocimiento y la Actitud hacia la Dermatología Estética en función de la edad .....	109
- Gráfico 17. Diferencias en la Autoestima y Asertividad en función de la edad .....	110
- Gráfico 18. Diferencias en el Optimismo en función de la edad .....	110

- Gráfico 19. Diferencias en la Motivación en función de la edad .....	111
- Gráfico 20. Diferencias en la Autoestima y Asertividad en función del estado civil .....	114
- Gráfico 21. Diferencias en el Optimismo en función del estado civil .....	115
- Gráfico 22. Diferencias en la Motivación en función del estado civil .....	115
- Gráfico 23. Diferencias en los Resultados Percibidos de la Dermatología Estética en función del nivel de estudios .....	119
- Gráfico 24. Diferencias en el Conocimiento y la Actitud hacia la Dermatología Estética en función del nivel de estudios .....	119
- Gráfico 25. Diferencias en el el Optimismo en función del nivel de estudios. ....	120
- Gráfico 26. Diferencias en la Motivación en función del nivel de estudios.....	120
- Gráfico 27. Diferencias en la Motivación en función del número de hijos.....	123
- Gráfico 28. Diferencias en la Autoestima y Asertividad en función de los ingresos familiares.....	126

- Gráfico 29. Diferencias en el Optimismo en función de los ingresos familiares.....	127
- Gráfico 30. Diferencias en la Motivación en función de los ingresos familiares.....	127
- Gráfico 31. Diferencias en el Conocimiento y la Actitud hacia la Dermatología Estética en función del Factor 2 <i>Autoestima y Asertividad</i> , Factor 3 <i>Optimismo</i> y Factor 5 <i>Motivación</i> en las mujeres .....	135
- Gráfico 32. Diferencias en el Conocimiento y la Actitud hacia la Dermatología Estética en función del Factor 2 <i>Autoestima y Asertividad</i> en el grupo de edad entre 18 y 25 años .....	141
- Gráfico 33. Diferencias en la Importancia del Aspecto Estético de la Piel en función de la Autoestima y Asertividad, Optimismo y Motivación en el grupo de edad entre 26 y 44 años .....	146

## ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Dimensiones teóricas del cuestionario.....	52
- Tabla 2. Procedimientos de análisis de datos.....	66
- Tabla 3. Ítems que superan los valores establecidos para la asimetría y curtosis .....	68
- Tabla 4. Ítems con mayor capacidad de discriminación por no presentar tendencia de respuesta a techo o suelo .....	73
- Tabla 5. Estructura factorial del cuestionario .....	78
- Tabla 6. Correlaciones entre los factores del cuestionario .....	83
- Tabla 7. Diferencias en los Factores del Cuestionario sobre Dermatología Estética y su relación con el Bienestar Personal Emocional (DEBIE) en función del sexo .....	92

- Tabla 8. Diferencias en los Factores del Cuestionario en función haber sido o no paciente de Dermatología por alguna patología cutánea. ....	96
- Tabla 9. Diferencias en los Factores del Cuestionario en función de tener o no una profesión con responsabilidad sobre otras personas .....	100
- Tabla 10. Diferencias en los Factores del Cuestionario en función de tener o no una profesión cara al público o en relación frecuente con personas .....	103
- Tabla 11. Diferencias en los Factores del Cuestionario en función de la edad.....	106
- Tabla 12. Diferencias en los Factores del Cuestionario en función del estado civil...	113
- Tabla 13. Diferencias en los Factores del Cuestionario en función del nivel de estudios.....	117
- Tabla 14. Diferencias en los Factores del Cuestionario en función del número de hijos.....	122
- Tabla 15. Diferencias en los Factores del Cuestionario en función de los ingresos familiares .....	125
- Tabla 16. Diferencias significativas entre las Mujeres en los Factores de Dermatología Estética en función de su grado de Autoestima y Asertividad (AA) (Factor 2).....	130



- Tabla 17. Diferencias significativas entre las Mujeres en los Factores de Dermatología Estética en función de su grado de Optimismo (Factor 3).....	132
- Tabla 18. Diferencias significativas entre las Mujeres en los Factores de Dermatología Estética en función de su grado de Motivación ( Factor 5).....	133
- Tabla 19. Diferencias significativas entre los Hombres en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de <i>Autoestima</i> y <i>Asertividad</i> (Factor 2)...	136
- Tabla 20. Diferencias significativas entre los Hombres en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de <i>Optimismo</i> (Factor 3).....	137
- Tabla 21. Diferencias significativas entre los Hombres en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de <i>Motivación</i> (Factor 5).....	138
- Tabla 22. Diferencias significativas en el grupo de Edad de 18-25 años en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de <i>Autoestima</i> y <i>Asertividad</i> (Factor 2).....	140
- Tabla 23. Diferencias significativas en el grupo de Edad de 18-25 años en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de <i>Optimismo</i> (Factor 3).....	142
- Tabla 24. Diferencias significativas en el grupo de Edad de 18-25 años en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de <i>Motivación</i> (Factor 5).....	143

- Tabla 25. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética en el grupo de Edad entre 26 y 44 años en función del grado de <i>Autoestima</i> y <i>Asertividad</i> (Factor 2).....	145
- Tabla 26. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética en el grupo de Edad 26-44 años en función del grado de <i>Optimismo</i> (Factor 3).....	147
- Tabla 27. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética en el grupo de Edad 26-44 años en función del grado de <i>Motivación</i> (Factor 5).....	148
- Tabla 28. . Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética para el grupo de edad 45-65 años en función del grado de <i>Autoestima</i> y <i>Asertividad</i> (Factor 2).....	150
- Tabla 29. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética para el grupo de edad 45-65 años en función del grado de <i>Optimismo</i> (Factor 3).....	151
- Tabla 30. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética para el grupo de edad 45-65 años en función del grado de <i>Motivación</i> (Factor 5).....	152
- Tabla 31. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética para el grupo de edad de más de 65 años en función del grado de <i>Autoestima</i> y <i>Asertividad</i> (Factor 2).....	154

- Tabla 32. . Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética para el grupo de edad de más de 65 años en función del grado de *Optimismo* (Factor 3).....155
- Tabla 33. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética para el grupo de edad de más de 65 años en función del grado de *Motivación* (Factor 5).....156

**ABSTRACT:****AESTHETIC DERMATOLOGY AND EMOTIONAL WELL-BEING  
QUESTIONNAIRE**

**KEY WORDS:** Aesthetic Dermatology, Emotional well-being, Questionnaire, Factorial structure, General population.

**INTRODUCTION**

To value health and quality of life requires taking into account multidimensional elements of personal development, such as physical, social, psychological and emotional, amongst others<sup>1,2</sup>. Aesthetic and Cosmetic Dermatology as a subspecialty of Medical-Surgical Dermatology deals with skin care as part of beauty and personal image (hygiene, appearance and skin protection) and it encourages people's sense of well-being and health<sup>1,3,4</sup>. Emotional well-being seems to be directly related to self esteem, taken as the degree of self-appraisal according to certain subjective and assessment qualities ("how I value my self image")<sup>5,6</sup>. With the increase of life expectancy and with the social criteria imposed on beauty, the general population's interest concerning extending their youth and having a "young and beautiful" body image has also increased contributing to foster their self esteem. This has been shared with a rise in the demand of techniques and treatments seeking to improve healthy skins, or when appropriate, to mitigate the evidence of the natural passing of time causing wrinkles, stains, small residual scars...<sup>4,7</sup>.

As a consequence, it would seem important to investigate how much interest the general population gives to aesthetic dermatology given its possible contribution to psychological and emotional well-being. There has not been any findings in the analysis of this aspect in general population or any measurement (instruments) in this regard<sup>1,8,9,10</sup>. Therefore, the main objective is to analyse the metric properties of a

questionnaire which has been designed to show the perception of Spanish general population about how aesthetic dermatology can contribute to their personal and emotional well-being.

## MATERIAL AND METHOD

### **Questionnaire elaboration process**

The elaboration of the questionnaire followed the stages indicated by specialised literature about this type of technique<sup>11</sup>. In the bibliography there were no instruments found to analyse the relationship between aesthetic dermatology and emotional well-being; so it was concluded to select several items from Dr. Sánchez-Canovas Scale<sup>5</sup> to assess the psychological well-being (EBP) (optimism, self-esteem, motivation), and add new ones such as: 1) the importance of the aesthetic skin for the person, 2) whether the subject has ever thought about undertaking aesthetic treatment and whether they think that these treatments help prevent problems and skin ageing, 3) the subject's knowledge about regular non-invasive or slightly invasive treatments of aesthetic dermatology for skin rejuvenation, and 4) the importance that the subject gives to aesthetic dermatology to improve their self-concept, optimism and social relationships. First a questionnaire of 81 items was elaborated with closed answers Likert type with five options of the kind "Never-Sometimes-Often-Nearly always-Always" and "Total disagreement-Disagreement- Neither disagreement nor agreement- Agreement-Total agreement". This first draft was submitted for revision by a multidisciplinary team consisting of four aesthetic dermatology experts, six research methodology experts and four psychology experts to give content validity to the questionnaire. This procedure is the one suggested by Kerlinger<sup>12</sup> to guarantee content validity or level in which the items exemplify the content that is being assessed. After the introduction of some improvements based on the suggestions given by the experts, the revised questionnaire was applied to a non-

randomised (specific) pilot sample of 48 subjects with different socio-demographic characteristics, by requesting their comments and remarks. In addition, 6 subjects within this group (12.5%) were given the questionnaire in the form of interview, which allowed for a full answer and discussion in each item. A discussion group was also organised with 6 people, made up by 4 subjects of the same pilot sample (8.3%) and 2 of the experts (one of them in aesthetic dermatology and a second one in research methodology). Suggestions came from this pilot sample in the form of new improvements in its structure, length of questionnaire and linguistic elements to provide a better understanding in some of the items. The final questionnaire was then called DEBIE (Spanish acronym for Aesthetic Dermatology and Emotional Well-being), consisting of 58 items of close answers Likert type with four options in order to eliminate the tendency to place the answer in neutral position (neutral or indecisive). In this study it has been assumed that the latent variables to which the items are linked are continuous and categorised in four different answer levels, based on the contribution given by Hernández Baeza, Muñiz y García Cueto<sup>13</sup> regarding the loss of information caused when categorising a continuous latent variable; these authors point out that, although a small number of alternatives (2 or 3) is not suitable to exemplify the latent variable, it is also true that the amount of information that can be retrieved will not increase by using more than 6 or 8 categories.

The questionnaire includes two content blocks that are expected to be empirically verified when analysing the questionnaire factorial structure: the first one, with 29 items, assesses the person's subjective psychological well-being; the second one, with 29 items, analyses the person's insight into aesthetic dermatology and its contribution to the mentioned psychological well-being (table 2 includes a reference to the content of these items). At the beginning of the second block there is a description of what is

understood by aesthetic dermatology so that the population can have a good understanding of the subject under study and avoid misunderstanding with active skin medical problems (active acne, inflammatory rosacea, active cutaneous lupus...). There are short specific instructions at the beginning for completion of the questionnaire as well as basic socio-demographic data.

### **Questionnaire administration and sample**

This final questionnaire was applied to a non-randomised heterogeneous sample of subjects of legal age within the Spanish general population. It was decided to administer the sample to subjects who were 18 or older, as it was deemed that this age group are mature enough to assess their own emotional situation.

In order to ensure a large sample size that would allow an appropriate factorial analysis of the questionnaire structure and its construct validity<sup>14</sup> it was considered appropriate to apply the questionnaire to at least 10 subjects per number of items. The following socio-demographic criteria were included in the sample based on their possible influence in the behaviour of the variables under study: gender, age, working in a job that involves direct contact with people or not, position of responsibility, monthly income and educational level.

At the same time of the questionnaire application, the subjects were requested to answer three external questions on a Likert scale with four alternatives (“Total Disagreement- Disagreement- Agreement-Total Agreement”) in order to assess the concurrent validity<sup>15</sup>. These items are: “I think I am in good health”, “I consider important the aesthetic look of my skin to be more successful at work” and “I believe that aesthetic treatments (peeling, laser, fillers...) genuinely improve a person’s aesthetic appearance”. It was considered that these items could be used as indicators or external criteria of what the instrument is trying to measure, and it was expected to find some

degree of statistical relationship between the answers and underlying factors behind the questionnaire.

Information was gathered from 770 voluntary people (83% of respondents) from different sectors: employment, health, academic and social. The average time needed to fill in the questionnaire was 14 minutes.

### **Data analysis**

The analysis of the questionnaire follows the basic specifications of the Classical Test Theory (CTT)<sup>11</sup> which considers: 1) items answer behaviour: frequency and percentage distribution, items with missing data (no answer) removing those with a higher percentage than 10%, ceiling and floor effects – 15% respectively in the highest and the lowest answer options<sup>16</sup> -; 2) central tendency measures and variability; 3) degree of compatibility between items with the standard curve (asymetry and kurtosis, bearing in mind that those ones with an interval higher than [-1,+1] will be removed from the analysis); 4) factorial structure or construct validity with the principal axis method of extraction<sup>17</sup>, followed by varimax rotation. The application assumptions were crosschecked with the Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy and Bartlett's test of sphericity; 5) internal consistency or reliability according to Cronbach's alpha coefficient<sup>18</sup> both for the whole questionnaire and for each factor on their own; the correlation item- corrected total was also calculated as well as Cronbach's alpha value if the item is removed and 6) concurrent validity through Pearson's correlation between factors which have been obtained and external variables.

### **RESULTS**

The resulting sample of 770 subjects shows the following socio-demographic characteristics: 71.6% women, 28.4% men; 22.6% within the age of 18 and 25; 40.7% between 26 and 44 ; 29.1% between 45 and 64 ; 7.7% between 65 and 90. 70.5% work



in public speaking positions or in frequent contact with other people, while 29.5% has a position of responsibility at work. The household global income is between 1000 and 2500€ per month for 52% of the respondents, while for 36.3% their income is higher than 2500€ per month and 10.3% earn less than 1000€ per month. The results show that 66% have completed university studies, 26% have NVQs and/or Secondary School, 7.6% have finished compulsory secondary education and 0.6% have no proper studies. These results show a sample profile which is close to that of the population with regard to gender and age, however there is some bias towards higher than average level with regard to academic education level, as expected in studies based on surveys<sup>19</sup>. The analysis carried out indicates that there is no item whose percentage of missing data exceeds the established 10%. However, there were eight items higher than the values set for asymmetry and kurtosis and therefore they were removed in further analysis regarding the factorial structure of the questionnaire. On the other hand there were many items whose answers tended to be concentrated on the extreme options, either to the floor or to the ceiling (more than 15%-reference value)<sup>16</sup>. However, this does not occur in the items in table 1, which therefore show greater discriminative capacity. These items are mostly concerning optimism, motivation and the idea that aesthetic dermatology can help to achieve optimism, professional success, and improvement in social life and health.

Table 1. Items with higher discrimination levels due to lack of tendency to floor or ceiling

Items with higher discrimination levels (percentages <15% in the option with the highest answer -ceiling- or lowest-floor-)					
	Media (SD)	N-TD* (%)	ST- D* (%)	MT – A* (%)	A- TA* (%)
“In general, I consider that everything is ineteresting”	2.71 (0.73)	2.2	37.5	43.5	13.9
“I am lucky”	2.42 (0.72)	6.0	51.8	31.3	7.5
“I am hopeful”	2.68 (0.70)	2.1	38.4	46.0	11.4
“Many doors have opened for me”	2.54 (0.70)	4.0	45.1	39.6	8.2
“I feel optimistic”	2.74 (0.75)	3.5	32.3	46.9	14.5
“Good thngs will happen to me”	2.77 (0.69)	1.6	32.5	49.9	13.5
“I feel fit”	2.65 (0.79)	5.2	38.6	39.0	14.5
“I feel that everything goes well with me”	2.62 (0.70)	2.9	41.2	44.4	9.6
“Aesthetic appearance enhances social life”	2.67 (0.83)	8.8	29.2	45.8	14.5
“Aesthetic appearance enhances work success”	2.69 (0.80)	7.5	29.1	47.8	13.5
“Aesthetic dermatology-more work success”	2.42 (0.86)	14.8	35.8	37.0	9.5
“Aesthetic dermatology- more hopeful”	2.61 (0.88)	12.5	27.9	43.0	14.4
“Aesthetic dermatology –improves my health”	2.64 (0.87)	11.4	26.4	45.2	14.5
“Aesthetic dermatology –more pleasure to go out”	2.58 (0.89)	13.6	27.9	42.7	13.8

\*N- TD: Never-Total disagreement; ST-D: Sometimes-Disagreement; MT-A: Many times- Agreement; A-TA: Always-Total Agreement.

The factorial analysis yielded six factors with 49 items (measure of sampling adequacy KMO=0.91 and Bartlett's test of sphericity  $p<0.000$ ) that explain 53.91% of the variance after removing the item “I sleep well and calmly” given that the saturation level was lower than 0.30 in all of them (average 2.89;  $S_x=0.84$ ). These factors are:

Factor 1-“Results that were perceived for aesthetic dermatology in order to feel better about themselves and others (RPDE)” ; Factor 2-“Assertiveness and Self-esteem (AA)”;  
Factor 3-“Optimism (O)” ; Factor 4-“Knowledge and attitude towards aesthetic dermatology (CADE)” ; Factor 5-“Motivation (M)” and Factor 6-“Importance of the skin aesthetic appearance for the self-concept and social relationships (IAEP)”. Table 2

shows the results of factorial analysis (variance explained for each factor, number of items included and reference-factor saturation for each item) as well as the factor reliability values with Cronbach's Alpha and the total instrument reliability. Each factor items is explained at the bottom of the table.

Table 2. Questionnaire factorial structure

Questionnaire factorial structure						
	Factor 1 RPDE	Factor 2 AA	Factor 3 O	Factor 4 CADE	Factor 5 M	Factor 6 IAEP
Number Items Factor:	13	11	8	6	7	4
% VarianTotal ExplicFactor % Variance Expli Total: 53.91	19.84%	9.39%	8.21%	5.99%	5.92%	4.54%
Alfa Cronbach Factor Alfa Cronbach Total : 0.90 (49 ítems, N=634,82.3%)	$\alpha$ .95 N=712 92.5%	$\alpha$ .83 N:700 90.9%	$\alpha$ .85 N:706 91.7%	$\alpha$ .79 N:712 92.5%	$\alpha$ .73 N:717 93.1%	$\alpha$ .81 N:738 95.8%
Items	Saturation					
ResutOF Mood Work Tasks	0.870					
ResulOF Help Live	0.866					
ResulOF Help Mood	0.866					
ResulOF Help Go out	0.849					
ResulOF Help Thrill	0.841					
ResulOF Help See Positive	0.832					
ResulDOF Help Errors	0.818					
ResulOF Help Relationship	0.796					
ResulOF Help Doors	0.782					
ResulOF Social Relationships	0.763					
ResulOF Work Success	0.750					
ResulOF BetterHealth	0.718					
ResulOF Self assurance	0.679					
I am self confident		0.714				
Iamworthasmuchasanyoneelse		0.647				
FeelAbletoWork		0.629				
AbletoOvercomeMistakes		0.587				
IConcentrateEasily		0.564				
IWorkingoodspirits		0.559				
IconsiderMyself UsefulNecessary		0.521				
ILike what I do		0.521				
I feel well with myself		0.502				
I have fulfilledmy objectives		0.466				
I feel fit		0.404				
Iamlucky			0.740			
Doors have opened for me			0.728			
I am hopeful			0.634			
I feel everything goes well			0.625			
I feel optimistic			0.583			
Nice things will happen			0.505			
Iseethepositiveside of things			0.492			
I consider everyting interesting			0.416			
Iknowwhatfillertreatments are				0.801		
Iknowwhtabotoxtreatments are				0.762		
Iknowwhatlasertreatments are				0.747		
Ihavethought about undergoingtreatment				0.525		
Ithinktreatments prevent				0.498		
Iwouldundergotreatmentifadvised bydermatologist				0.484		
IlikeEnjoyingMyself					0.729	
ILikeGoingOut					0.678	
IFeelCheerful					0.636	
ILookforRelaxDistractions					0.489	
IaminGoodMood					0.450	
ConveyHappiness					0.422	
IEnjoyMeals					0.372	
Partner's skin appearance						0.703
ImporSkinforSelfConcept						0.698
WorriedaboutSkinAppearance						0.665
SkinAppearanceSocialLife						0.624

**Factor 1 Items:** “the results of Aesthetic Dermatology can help me... do my work and tasks in better spirits”, “...have a zest for life”, “... have a better mood”, “...enjoy going out and see people”, “...feel more hopeful”, “...see the positive side of things”, “...feel more able to overcome mistakes and weaknesses”, “...improve my relationship with my partner”, “...open many doors in my life”, “...improve my social relationships (friends and family)”, “...enhance my success at work”, “...fee in better health”, “...feel better with myself and more self confident”

**Factor 2 Items:** “I am self-confident”, “I think I am worth as much as anyone else”, “I feel able to do my work”, “I think I can overcome my mistakes and weaknesses”, “I concentrate easily”, “I do my work and tasks in good spirits”, “I consider myself useful and necessary”, “I like what I do”, “I feel well with myself”, “I think I have fulfilled my objectives as a person”, “I feel fit”.

**Factor 3 Items:** “I am lucky” “many doors have opened for me in life”, “I am hopeful”, “I feel that everything goes well with me”, “I feel optimistic”, “I think that nice things will happen to me”, “I tend to see the positive side of things”, “generally I consider everything interesting”

**Factor 4 Items:** “I know what the injectable wrinkle fillers consist on”, “I know what “botox” or “botulinum toxin” treatment consists on”, “I know what laser rejuvenation for the skin consists on”, “Sometimes I have thought of undergoing some aesthetic treatment”, “Aesthetic Dermatology treatments not only corrects aesthetic defects, but they also help prevent ageing and preserve skin functions”, “I would undergo some aesthetic treatment if advised by my dermatologist”.

**Factor 5 Items:** “I like enjoying myself”, “I like going out and meeting people”, “I feel cheerful”, “I look for rest and distraction”, “I think that generally I am in good mood”, “I like conveying happiness to others”, “I enjoy meals”

**Factor 6 Items:** “I consider important the good appearance of my skin for...”, “...having a good relationship with my partner”, “...developing a good self-concept”, “I worry about my skin appearance”, “...having a positive social life (friends and family).”

The reliability which is measured with Cronbach's Alpha's internal consistency reached a value of 0.90 with 49 items (N=634, 82.3% of the sample). The correlation values item-total fluctuated between 0.58 for the item “the outcome of aesthetic dermatology can help me to appreciate the positive side of things” and 0.133 for the item “I enjoy meals”. The reliability value was also satisfactory for each factor (between 0.95 for Factor 1 and 0.73 for Factor 5), as shown in table 2.

Concurrent validity took values in the following way for each variable, criterion and factor:

1) the criterion “I think I am in good health” obtained a value of 0.34 ( $p \leq 0,00$  bilateral) in Pearson's correlation for Factor 2-“Assertiveness and Self-esteem”; the value was 0.33 ( $p \leq 0,00$  bilateral) for Factor 3-“Optimism”, while Factor 5-“Motivation” obtained a value of 0.32 ( $p \leq 0,00$  bilateral).

2) the criterion “I consider important the aesthetic look of my skin to be more successful at work” obtained a value of 0.54 ( $p \leq 0,00$  bilateral) in Pearson's correlation for Factor

1-“Results that were perceived for aesthetic dermatology”; Factor 4-“Knowledge and attitude towards aesthetic dermatology” obtained a value of 0.12 ( $p \leq 0,00$  bilateral), and the value was 0.43 ( $p \leq 0,00$  bilateral) for Factor 6-“Importance of the skin aesthetic appearance for the self-concept and social relationships”.

3) the criterion “I believe that aesthetic treatments (peeling, laser, fillers...) genuinely improve a person’s aesthetic appearance” obtained a value of 0.43 ( $p \leq 0,00$  bilateral) in Pearson’s correlation for Factor 1-“Results that were perceived for aesthetic dermatology”; Factor 4-“Knowledge and attitude towards aesthetic dermatology” obtained a value of 0.58 ( $p \leq 0,00$  bilateral) and the value was 0.264 ( $p \leq 0,00$  bilateral) for Factor 6-“Importance of the skin aesthetic appearance”.

## DISCUSSION AND CONCLUSIONS

This study presents the questionnaire *Aesthetic Dermatology and Emotional Well-being* (DEBIE), designed to know the general population motivations with regard to skin appearance. After an exhaustive building process following the guide-lines provided by specialized literature<sup>11</sup>, the questionnaire has the following features: 1) clear factorial structure; 2) good internal consistency level; 3) easy to understand and easy to apply; 4) it can be answered in a short time (10-20 minutes), and 5) it can be applied to any person of legal age.

The factorial structure obtained proves the questionnaire useful to determine the general population perception regarding aspects of aesthetic dermatology as well as those related to a person’s emotional state and also the relationship between both. The obtained factors allow to analyse assertiveness and self-esteem, optimism, motivation, importance given to skin appearance, knowledge and attitude towards aesthetic dermatology and towards its results. The questionnaire internal consistency guarantees reliability. The concurrent validity values indicate that factors linked to motivation,

assertiveness, self-esteem and optimism can be considered as indicators of good health, in the way they are perceived by general population. On the other hand, skin appearance is perceived as an important aspect of work success and results of aesthetic dermatology are positively rated due to their contribution to the mentioned success. Furthermore, it appears as if the more people know of aesthetic dermatology, the better their opinion is with regard to effectiveness of treatments, generating credibility and reliability towards them.

In the revised medical literature of dermatology and aesthetics no similar studies have been found regarding metric characteristics of techniques applied to general population enabling crosscheck and discussion of the results obtained. There are works performed on patients, being these more frequent in the field of plastic and aesthetic surgery<sup>20,21</sup> than in the field of dermatology<sup>1,8,9,10</sup> and none has been found on general population.

Many of these studies are aimed at ruling out the Body Dysmorphic Disorder (BDD) and other psychiatric problems in order to know which patients would not be candidates for this type of treatment. Prior to conducting this study a review was carried out of the bibliography dealing with this and other syndromes which could invalidate a cosmetic-aesthetic treatment in patients. Nevertheless, this study, unlike similar ones, has focused on the general population rather than on patients. If in the future the questionnaire is applied to patients who attend aesthetic dermatology consultations instead of general population -as is the case in this study-, then it would be appropriate to implement one or more of the many existing scales in order to rule out BDD<sup>22</sup>

There are several publications that state that the main objective of plastic surgery is to improve the patient's psychological well-being through the change of their body image<sup>3</sup>. The bibliography on body image in mature age suggests that this age group is intimately linked to appearance and it is a motivating factor during life, determining

psychological well-being as well as being a motivator for surgery<sup>3,20,21</sup>. The early arrival of cosmetic procedures to alleviate the impact of ageing skin has the objective to improve the patient's psychological well-being while trying to counteract the aging psychological effects through a better appearance. The psychological aspects of surgical cosmetic aesthetic procedures for facial ageing, such as "liftings" have been studied in several occasions during the last thirty years<sup>20,21</sup>. There are fewer studies concerning the improvement of well-being of individuals after receiving non-surgical aesthetic treatments<sup>1,9,10</sup>. In cases of cutaneous pathology, the use of cosmetics and aesthetic dermatology treatments can significantly improve patients' life quality and emotional well-being resulting in better illness acceptance and therapeutic compliance<sup>8</sup>. The use of cosmetics has shown a positive effect in self-esteem and social relationships. In this sense, an increasing number of studies prove the beneficial effects of cosmetics in personal well-being on the basis of normal psychological conditions, and this can be easily measured with the use of quality-of-life scales<sup>9,23</sup>. In addition to this, some studies show the global satisfaction (physical and psychological) of other minimally invasive procedures, such as dermal implants or "injectable wrinkle fillers" and botulinum toxin treatments for "expression wrinkles"<sup>8,24,25</sup>. All these works deal with patients, but do not include the perception of the general population.

In 2008 Sadick<sup>1</sup> published a review of studies discussing the impact of cosmetic interventions, specially non-surgical ones, in the quality of life for patients (self-esteem, self-confidence, relationships and acceptance by others). The reviewed studies used different rating scales (*Short-Form Health Survey*, *Health Measurement Questionnaire*, *Personal Resources Questionnaire*, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, *Questions on Life Satisfaction Questionnaire (FLZM)*, *Freiburg questionnaire*



(*quality-of-life outcomes following treatment*), *Scores on the “Hospital Anxiety and Depression Scale”, Modified Dermatology Quality of Life Survey*)<sup>1</sup>.

In this studies review Sadick finds that patients who undergo aesthetic treatments consider that health or well-being is linked to mental, emotional and social consequences associated with their appearance<sup>1</sup>.

Generally there are significantly positive changes in the social life of patients<sup>1</sup>. Physical attractiveness influences how a person thinks of themselves, their behaviour towards others and it is directly linked to self-confidence and social acceptance<sup>1</sup>.

It appears that cosmetic interventions, surgical or not, can enhance the quality of life and psychological well-being in patients who have used these techniques; the positive changes referred to are: feeling healthier and more satisfied with their appearance, less anxious or depressed, better emotional well-being, more self-confidence<sup>1</sup>.

It concludes that beauty in itself is entirely subjective and technical aspects in aesthetic treatments do not result necessarily in the patient's global satisfaction<sup>1</sup>. Therefore, the positive psychological effects following cosmetic interventions must be only measured by the results in the quality of life for patients<sup>1</sup>. However, for this purpose there is not standardised instrument to do so and the ones that are being used must be tested to ensure that they are practical, technically reliable, valuable and sensitive to change<sup>1</sup>. In this regard, the DEBIE questionnaire can serve this purpose as well as to collect the population opinion and perception on the development of this medical branch.

Nevertheless, it is advisable to continue conducting further studies with DEBIE questionnaire in order to get deeper into some aspects which have shown to be limited in the current study. It is suggested to control some bias in this work, specially those concerning income and education levels. Survey-based studies show that people with higher socioeconomic status and people who have certain level of education are more

likely to participate in scientific studies, regardless of type of study or mode of data collection.<sup>19</sup>

The sample size could be increased for enhancing generalization capability of results. Future studies could use a short version of the questionnaire with the items centered on Aesthetic Dermatology. Results obtained on the concurrent validity are considered satisfactory. Other external criteria could be identified in order to enhance some factors.

## REFERENCES

1. Sadick NS. The impact of cosmetic interventions on quality of life. *Dermatology Online Journal* 2008; 14: 2. Available at: <http://anagen.ucdavis.edu/148/commentary/qualityoflife/sadick.html>. Accessed April 19, 2013.
2. World Health Organization, Constitution of the World Health Organization. In *Basic Documents*. Suppl 2006. 45<sup>th</sup> ed.: 1-20. Available at: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf). Accessed April 08, 2013.
3. Honigman R, Castle DJ. Aging and cosmetic enhancement. *Clin Interv Aging* 2006; 1: 115-9.
4. Markey AC. Dermatologists and cosmetic surgery—a personal view of regulation and training issues. *Clin Exp Dermatol* 2004; 29: 690–2.
5. Sánchez-Canovas J. Manual EBP (Escala de Bienestar Psicológico)- Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo. Madrid: Ed. TEA S.A.; 1998. I.S.B.N.: 84 – 7174 – 501 – 1.
6. Goleman D, Boyatzis R, McKee A. *Primal Leadership. Realizing the Power of Emotional Intelligence*. United States of America: Harvard Business School Press; 2002. ISBN: 1-57851-486-X.

7. Frederick D, Lever J, Peplau L. Interest in cosmetic surgery and body image: views of men and women across the lifespan. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120: 1407–15.
8. Mandy SH. Satisfying patient expectations with soft-tissue augmentation. *Dermatol online J* 2009; 15: 1.
9. Battie C, Verschoore M. Dermatology, cosmetic and well-being. *Ann Dermatol Venereol* 2011; 138: 294-301.
10. Segot-Chicq E, Fanchon C. Quality of life in postmenopausal women: translation and validation of MSkinQOL questionnaire to measure the effect of a skincare product in USA. *J Cosmet Dermatol* 2013; 12: 267-74
11. Muñiz J. Classical test models. In: B.S. Everitt and D. C. Howell. *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.; 2005; 1: 278-282. ISBN: 978-04-7086-0804.
12. Kerlinger FN. *Investigación del Comportamiento*. México: McGrawHill; 2002. ISBN: 970-10-3070-2.
13. Hernández Baeza A, Muñiz Fernández J, García Cueto E. Comportamiento del modelo de respuesta graduada en función del número de categorías de la escala. *Psicothema* 2000; 12: 288-91.
14. Beavers AS, Lounsbury JW, Richards JK *et al*. Practical Considerations for Using Exploratory Factor Analysis in Educational Research. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 2013; 18 (6). Available at: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=18&n=6>. Accessed September 26, 2013.
15. Morales Vallejo P. Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes. Universidad Rafael Landívar (2011). Available at:

<http://www.upcomillas.es/personal/peter/otrosdocumentos/Guiaparaconstruircalculadordetendencias.pdf>. Accessed April 23, 2013.

16. Terwee CB, Bot SDM, De Boer MR *et al.* Quality criteria for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007; 60: 34-42.
17. Díaz de Rada Igúruiza V. Técnicas de análisis multivariante para investigación social y comercial. Madrid: Ed. Ra-Ma, 2002. ISBN: 8478975152.
18. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
19. Galea S, Tracy M. Participation Rates in Epidemiologic Studies. *Ann Epidemiol* 2007;17:643-53.
20. Von Soest T, Kvaalem IL, Skolleborg KC, Roald HE. Psychosocial changes after cosmetic surgery: a 5-year follow-up study. *Plast Reconstr Surg* 2011; 128: 765-72.
21. Edgerton MT, WebbWL, Slaughter R, Meyer E. Surgical results and psicosocial changes following rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1964; 33: 503-14.
22. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and theating imagined ugliness. *World Psychiatry* 2004;3:12-7.
23. Ramos-e-Silva M, da Silva Carneiro SC. Elderly skin and its rejuvenation: products and procedures for the aging skin. *J Cosmet Dermatol* 2007; 6: 40-50.
24. de Arruda LH, Rocha FT, Rocha A. Studying the satisfaction of patients on the outcome of an aesthetic dermatological filler treatment. *J Cosmet Dermatol* 2008; 7: 246-50.
25. Fagien S, Cox SE, Finn JC, Werschler WP, Kowalsky JW. Patient-reprted outcomes with botulinum toxin type A treatment of glabellar rhytids: a double-blind, randomized,

ABSTRACT
----------

placebo-controlled study. *Dermatol Surg* 2007; 33: S2-9.

## I. INTRODUCCIÓN

Esta tesis versa sobre la parte estética de la Dermatología y su posible repercusión en el bienestar psicológico y emocional de las personas.

Se plantea con el objetivo general de conocer cómo percibe la población general la Dermatología Estética y su posible contribución al bienestar personal emocional, teniendo en cuenta distintos aspectos de su diversidad socio-demográfica.

Para esto se ha elaborado un cuestionario diseñado para tal fin, que ha resultado en una estructura factorial de 6 factores. Estos son: *Resultados Percibidos de la Dermatología Estética* (Factor 1), *Autoestima y Asertividad* (Factor 2), *Optimismo* (Factor 3), *Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética* (Factor 4), *Motivación* (Factor 5), *Importancia del Aspecto Estético de la Piel* (Factor 6).

Tras esta breve introducción, está estructurada en otros cinco apartados: fundamentación teórica, estudio empírico, conclusiones e implicaciones prácticas, bibliografía y anexos.

En la fundamentación teórica se abordan estos capítulos: salud y Dermatología Estética, bienestar emocional, autoestima y autoconcepto, la piel.

En el estudio empírico se incluyen: el planteamiento de la investigación con sus objetivos e hipótesis, el material y método, los resultados, la discusión y para finalizar, el apartado de limitaciones del estudio y líneas de profundización.

Finalmente se aborda el capítulo de las conclusiones e implicaciones prácticas. En las últimas páginas del trabajo se encuentran la bibliografía y el apartado de anexos, en el cual se incluye el cuestionario final DEBIE.

## II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A continuación se hace referencia a aspectos relevantes mencionados en la literatura revisada sobre la temática en la que se centra esta tesis. Estos aspectos hacen referencia a: una breve introducción sobre la salud y su relación con la Dermatología Estética; el bienestar emocional, la autoestima y el autoconcepto, y dentro de este apartado, la imagen corporal; la piel, y dentro de ella: la Dermatología, breve historia de la cosmetología y la estética, la Dermatología Estética como subespecialidad médica y sus tratamientos y la relación existente de lo anterior con la Dermatología Psiquiátrica.

### II.1. SALUD Y DERMATOLOGÍA ESTÉTICA

Valorar la salud y la calidad de vida implica tomar en consideración aspectos multidimensionales del desarrollo de la persona: entre otros, físico, social, psicológico y emocional<sup>1,2,3</sup>. Entendemos que la Dermatología Estética podría contribuir a fomentar el bienestar de las personas en estos ámbitos<sup>4,5,6,7</sup>. Desde esta perspectiva, parece interesante analizar la percepción que tienen las personas sobre cómo puede contribuir la Dermatología Estética a su bienestar emocional.

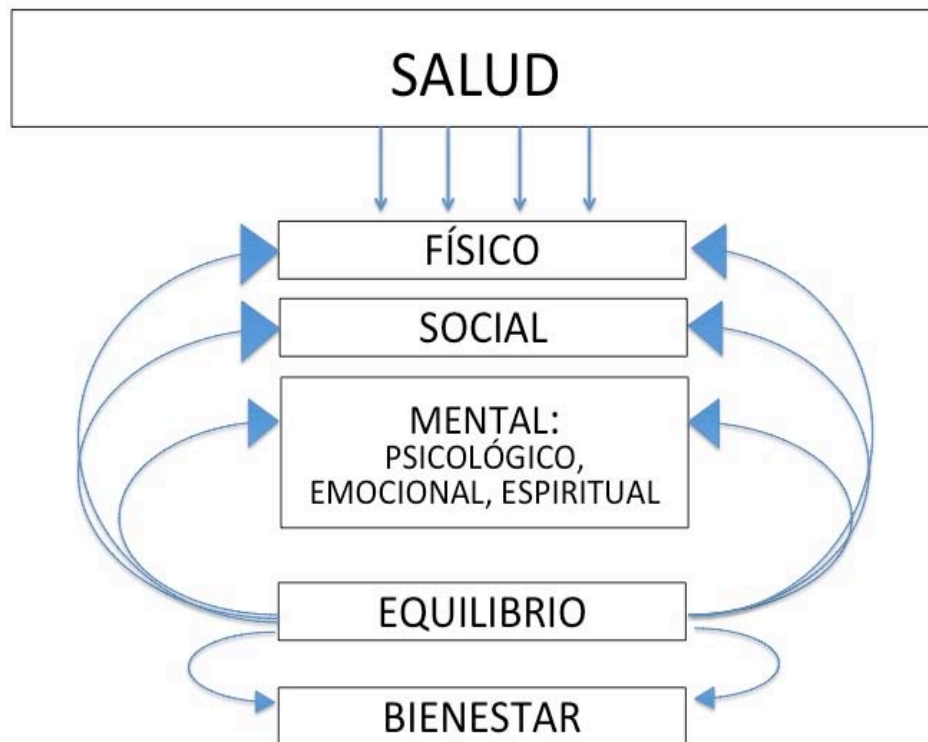


Figura 1: Esquema del concepto multidimensional de la salud. Elaboración propia

## II.2. BIENESTAR EMOCIONAL, AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

El bienestar emocional de las personas está directamente relacionado con su autoestima<sup>8,9,10</sup>, concepto que ha cobrado gran importancia en los últimos tiempos. La autoestima forma parte del autoconcepto<sup>11</sup>. En el ámbito de la investigación en psicología, con frecuencia se distinguen tres dimensiones del autoconcepto: 1) la dimensión cognitiva, que corresponde a los múltiples esquemas en los cuales la persona organiza toda la información que se refiere a sí misma; 2) la dimensión afectiva o evaluativa, que corresponde a la autoestima y, finalmente, 3) la dimensión conductual, que implica aquellas conductas dirigidas a la autoafirmación o a la búsqueda de



reconocimiento por uno mismo o los demás<sup>11</sup>. Terminológicamente *autoconcepto* remite a las auto-descripciones abstractas (“cómo percibo que soy”), que no implican necesariamente juicios de valor. Sin embargo, el término *autoestima* sí incluye necesariamente una valoración, y expresa el concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades subjetivas y valorativas (“cómo valoro mi autoimagen”)<sup>12,13,14,15</sup>. El sujeto se valora a sí mismo según unas cualidades que provienen de su experiencia, y que son consideradas como positivas o negativas. Así, el concepto de autoestima se presenta como la conclusión final de este proceso de autoevaluación y se define como el grado de satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa del grado en que se aprueba a sí mismo<sup>16</sup>. Cuando comparamos la imagen que tenemos de nosotros mismos con la imagen ideal que hemos formado se genera la valoración de uno mismo, asociada a la autoestima. La autoestima estaría vinculada al autoconcepto ideal, no sólo respecto de lo que me gustaría ser (por tener un gran valor e importancia para mí), sino también de lo que a los demás les gustaría que yo fuese<sup>12,17</sup>; es la autoevaluación del “yo”, el sentimiento de aceptación y aprecio de uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal<sup>15</sup>. Esta evaluación es un factor decisivo para el desarrollo psicológico y la motivación. Se emite, no como un juicio consciente, sino como un sentimiento y está presente en toda la psicología humana<sup>15</sup>. El hombre experimenta la autoestima como una necesidad básica, inherente a su naturaleza y ésta va a contribuir al desarrollo o potenciación del resto de sus capacidades<sup>15</sup>. Todo ser humano emite juicios de valor según unos principios o valores que regulan su conducta<sup>15</sup>. Por tanto, aún siendo importante la imagen que la persona tiene de sí misma en la formación de su autoconcepto, también lo es el valor que le da a esta imagen, pues ello modulará el nivel de valoración final de sí misma, así como los efectos que produzca la posible

discrepancia entre “lo que quiero ser”, “lo que soy” y “lo que los demás quieren que sea”<sup>11,12,17</sup>.

No obstante, aunque la distinción planteada entre ambos términos, *autoconcepto* y *autoestima*, parece bastante clara desde un punto de vista teórico, no lo es tanto en la práctica y con frecuencia estos términos se usan indistintamente<sup>12,18</sup>. De hecho, para algunos autores no sería posible diferenciar entre las afirmaciones descriptivas y las evaluativas que una persona mantiene acerca de sí misma, puesto que empíricamente están relacionadas y una medición independiente de ambos aspectos del “yo” es prácticamente imposible<sup>12,15,18</sup>. Hoy en día las menciones al autoconcepto integran los aspectos descriptivo y valorativo<sup>12,15,18</sup>; además, se le concede las cualidades de ser dinámico (cada nueva información cuenta) y poseer una organización interna útil para asimilar información, guiar el comportamiento y, si es preciso, acomodarse a las exigencias ambientales. Además destaca la naturaleza afectiva, de carácter muy personal, del autoconcepto<sup>11,12,18</sup>.

Finalmente, remarcar que en la actualidad la autoestima-autoconcepto tiene una consideración de estructura multidimensional. Tenemos un concepto de nosotros mismos y, consecuentemente, una valoración del mismo diferente en cada uno de los ámbitos o contextos relevantes de nuestra vida, como por ejemplo el ámbito familiar, el académico, el laboral, el físico o el intelectual<sup>17,18</sup>. El número de dimensiones que cada sujeto presente formando parte de su autoconcepto dependerá de ciertas variables como la edad, el sexo, la cultura de que dispone, el medio social en que se desarrolla, las exigencias profesionales, etc. Estas dimensiones se encuentran organizadas jerárquicamente<sup>11,12,18</sup>.

Según cita el Dr. González-Fernández<sup>17</sup>, la estructura jerárquica del autoconcepto se consolida entre los 15 y los 18 años; la evolución de la propia autopercepción pasa de una etapa inicial básicamente indiferenciada a una progresiva diferenciación con la edad<sup>17,19</sup>. Por otro lado, con el paso del tiempo los dominios se tornan más complejos, adquiriendo una importancia y un grado explicativo diferente. Como consecuencia de esto encontramos una estructura de autoconcepto cada vez más compleja, en la que aumenta el número de parcelas<sup>17</sup>.

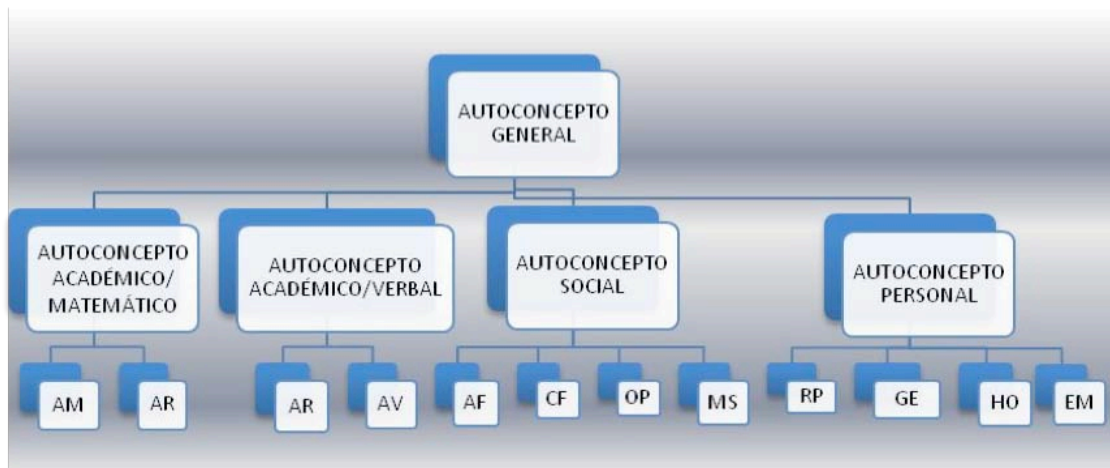


Figura 2: Modelo representativo de la estructura del autoconcepto para alumnos/as de 15 a 18 años. Fuente: González Fernández O. La Presión Sociocultural Percibida Sobre El Autoconcepto Físico: Naturaleza, Medida y Variabilidad. Tesis Doctoral, Dirección: Goñi Grandmontagne A, Rodríguez Fernández A. Universidad del País Vasco (Vitoria-Gasteiz), 2011: página 46.

AM: Dimensión Matemática; AR: Resto de Asignaturas; AV: Dimensión Verbal; AF: Apariencia Física; CF: Capacidad Física; OP: Relación Sexo/Opuesto; MS: Relación Mismo/Sexo; RP: Relación con Padres; GE: Dimensión General; HO: Honestidad; EM: Dimensión Emocional.

Cuando existe una gran discrepancia entre la autoimagen percibida y la ideal, se puede generar ansiedad en el individuo, que puede llevarle a crear un autoconcepto negativo (aún cuando la autoimagen inicial no fuese negativa) y un estado depresivo. Este estado

puede verse agravado si el autoconcepto ideal del sujeto coincide con el de “los otros” (el individuo desearía ser de un determinado modo porque, por ejemplo, sus padres o sus amigos así lo desean también). Y aún más cuando la persona se percibe como la única responsable de que exista tal discrepancia. Por tanto, aún siendo importante la imagen que la persona tiene de sí misma en la formación de su autoconcepto, también lo es el valor que le da a esta imagen, pues ello modulará el nivel de valoración final de sí misma así como los efectos que produzca la posible discrepancia entre “lo que quiero ser”, “lo que soy” y “lo que los demás quieren que sea”<sup>11,12,17</sup>.

Una consecuencia de esta consideración del autoconcepto-autoestima en jerarquías es potenciar la distintas dimensiones de la autoestima<sup>11</sup>. Desarrollando estas dimensiones, se trabaja también la tan nombrada hoy día inteligencia emocional (con varias definiciones, entre otras: “la capacidad de percibir con exactitud, valorar y expresar emociones; la capacidad de encontrar y/o generar sentimientos cuando éstos faciliten el pensamiento y la capacidad de comprender y regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual” o bien: “cualquier característica deseable de carácter personal que no está representada por la inteligencia cognitiva”)<sup>9,10,20,21,22,23,24</sup>.

En nuestro trabajo, analizadas las diferencias y asociaciones entre ambos conceptos, utilizaremos los términos *autoestima* y *autoconcepto* indistintamente.

La imagen corporal está estrechamente relacionada y alineada con la autoimagen y el autoconcepto<sup>5,17</sup>. Dentro del autoconcepto general se desarrolla el *autoconcepto físico*, claramente marcado por la individualidad y por la subjetividad de las percepciones. No tiene un desarrollo progresivo porque le afectan las diversas circunstancias por las que

atraviesan los sujetos, siendo de forma general positivo hasta la preadolescencia, con un descenso en esta época (aproximadamente 12 años), recuperación posterior y otro nuevo descenso en la adolescencia (aproximadamente 15 años), para luego estabilizarse y aumentar ya posteriormente de forma progresiva<sup>17</sup>.

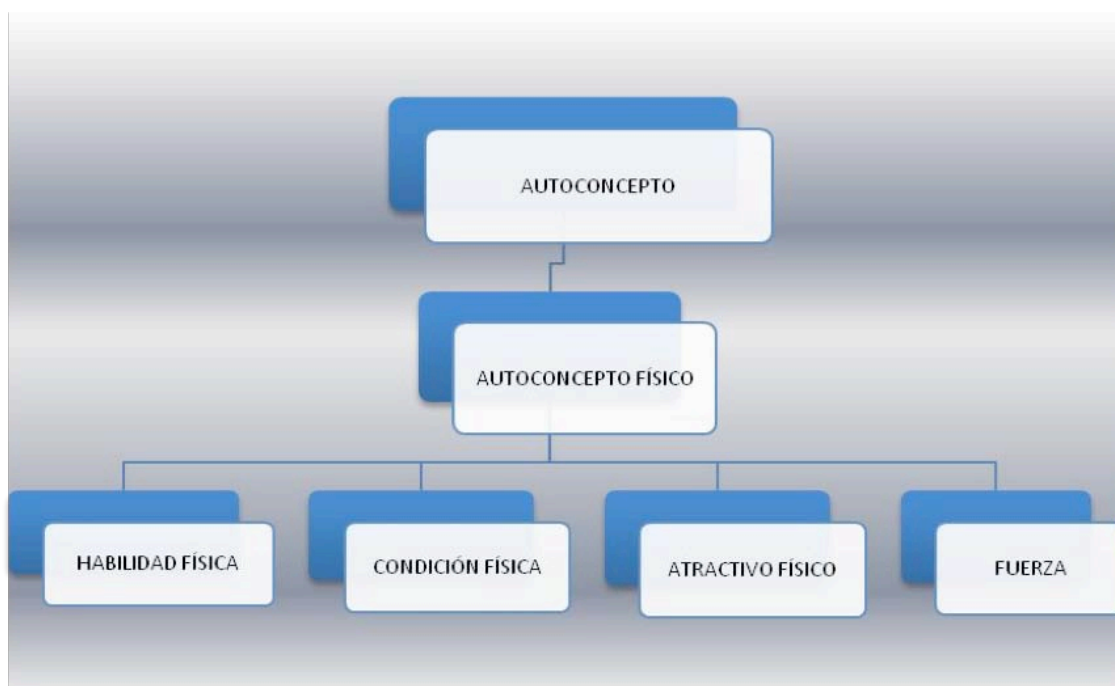


Figura 3: Modelo representativo del autoconcepto físico.

Fuente: González Fernández O. La Presión Sociocultural Percibida Sobre El Autoconcepto Físico: Naturaleza, Medida y Variabilidad. Tesis Doctoral, Dirección: Goñi Grandmontagne A, Rodríguez Fernández A. Universidad del País Vasco (Vitoria-Gasteiz), 2011: página 47.

### II.2.1.LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es una dimensión muy concreta del autoconcepto físico<sup>17,24</sup>. Aunque no existe pleno acuerdo sobre su definición, podríamos decir, según algunos autores, que se trata de una “imagen formada por diversa información procedente de distintos receptores sensoriales (visuales, táctiles y cinestésicos) que se ha ido recopilando a lo largo del tiempo; una imagen influida por experiencias afines, susceptible de ser evocada con carácter unitario, y asociada comúnmente a respuestas emocionales significativas fruto de su evaluación estética” o bien “...un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos, y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y de los sentimientos que experimentamos”, tal como se cita en el trabajo del Dr. González-Fernández sobre autoconcepto<sup>17</sup>.

### II.3. LA PIEL

La piel y el estado de la misma está muy relacionado con la imagen corporal que generamos de nosotros mismos, ya que la piel es el primer aspecto externo de nuestro cuerpo que va a influir en nuestra apariencia. De hecho son bien conocidos los problemas de autoestima y sus consecuencias en la calidad de vida en algunas enfermedades dermatológicas por la alteración en la apariencia y la imagen corporal que producen (acné, cicatrices, vitíligo, rosácea, dermatitis seborreica, atopia, psoriasis...) <sup>25,26,27,28,29,30,31,32,33,34</sup>.



Figura 4: Imagen de una enfermedad cutánea visible (psoriasis) que comúnmente afecta a la imagen corporal.

Existen clínicas médicas que utilizan el nombre literal de “Unidad de Imagen Corporal”, para denominar el área en la que se realizan tratamientos para mejorar el aspecto de la piel, incluso sin objetivarse patología cutánea subyacente<sup>35</sup>.

### II.3.1. LA DERMATOLOGÍA

La Dermatología es la ciencia Médica que se dedica al estudio, cuidado y tratamiento de la piel humana y de las enfermedades que la afectan, así como de la prevención de las mismas, preservación y recuperación de la normalidad cutánea en su apariencia y función<sup>36</sup>. La Dermatología actual es consecuencia del avance cultural de nuestro medio y debe responder a sus exigencias.

### II.3.2. BREVE HISTORIA DE LA COSMETOLOGÍA Y LA ESTÉTICA

La Cosmetología y la Estética han estado ligadas a la evolución de la sociedad humana. En la prehistoria ya se manejaban magistralmente los pigmentos (tanto en grabados rupestres como en costumbres religiosas -cubrir a los difuntos con el pigmento rojo de óxido de hierro-)<sup>37</sup>. Es también conocida la estética y cosmética del antiguo Egipto, a través de sus frescos y hallazgos en las tumbas de los faraones<sup>38</sup>. 400 años a.C. los libros sagrados de Grecia e Hipócrates proponen las reglas referidas a la higiene. En el juramento Hipocrático original existe una indicación de que el médico debe vestir bien, tener un aspecto cuidado y usar buenos perfumes, condiciones que influyen bien sobre el enfermo<sup>39,40,41</sup>. La palabra “cosmética” deriva del griego y significa “arte de adornar”, a la vez que “cosmos” significa: armonía y equilibrio<sup>42</sup>. La palabra “estética” proviene también del griego y significa “dotado de percepción o sensibilidad” y de esta forma “lo estético” sería “aquello que puede ser percibido por los sentidos”<sup>42</sup>. Platón y Aristóteles vinculaban esta palabra con la percepción de la belleza y el influjo que ésta ejerce sobre



nuestra mente. Roma heredó la civilización griega y dejó el legado de una cosmetología muy desarrollada. De esta fuente seguimos nutriendo nuestra ciencia hasta el día de hoy y así por ejemplo, entre otras cosas, la fórmula *cold cream* actual, parte del original *cerato de Galeno*, formulado en el siglo II d.C.<sup>43</sup>. De igual forma, el conocimiento y uso de los *peelings* actuales con alfa-hidroxiácidos, proceden de experiencias de mujeres romanas con ellos, como el ácido láctico de la leche de burra en el cual se bañaban Cleopatra y la esposa de Nerón, Popea, o el ácido tartárico, presente en el poso de las tinajas de vino, que podían usar para cuidar su piel las romanas de todas las condiciones<sup>44</sup>.

La evolución de la estética ha continuado desde entonces<sup>45</sup>. Con el aumento de la esperanza de vida, se ha incrementado también el interés de la población por prolongar la juventud<sup>1,5</sup>. Es de destacar el extraordinario interés por la imagen corporal que se ha producido en los últimos años en la sociedad, que para cumplir los cánones de belleza actuales ha de ser joven y bella (sin olvidar que a ello contribuyen la presión social, publicitaria y mediática, propia de nuestros días)<sup>1,5,17</sup>. Esta premisa ha tenido como consecuencia un aumento espectacular en la demanda de técnicas y tratamientos que buscan mejorar pieles sin enfermedad, esto es, embellecer pieles sanas, o en tal caso con las consecuencias lógicas y habituales del paso de los años: arrugas, manchas, pequeñas cicatrices residuales...<sup>5,46,47,48,49,50</sup> Pasando a ser, desde tratamientos tabú o prohibidos, a tratamientos corrientes en la sociedad<sup>51</sup> y con importante repercusión en los medios de comunicación<sup>52,53</sup>. Incluso ocasionando controversias éticas en la literatura médica<sup>54,55,56,57,58,59</sup> y en la sociedad, como se puede leer incluso en periódicos de divulgación, que inciden en el incremento de estas técnicas a nivel global y en adolescentes<sup>60</sup>. En Estados Unidos el número total de procedimientos médicos

cosméticos-estéticos realizados desde 1997 hasta 2007 se incrementó en un 457%<sup>1</sup>. Desde el año 2000, los procedimientos quirúrgicos aumentaron un 114%, sin embargo, los no quirúrgicos, se incrementaron al menos un 754%<sup>1</sup>. De forma similar ha ocurrido en España, donde, aunque parezca contradictorio, la situación de crisis económica ha propiciado un aumento de la demanda de tratamientos de estética –especialmente los de rejuvenecimiento facial– entre personas de todos los estratos sociales y ambos sexos (en el año 2010 hubo un incremento del 20% del número de pacientes masculinos)<sup>61</sup>, quizás como consecuencia de un aumento de la competitividad laboral, como se comentaba en el XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME) del año 2011<sup>62</sup>. La infiltración de ácido hialurónico, es el tratamiento preferido por las mujeres, seguido por las inyecciones de toxina botulínica, que escogen la mayoría de los hombres<sup>61</sup>. Según foros donde intervienen médicos cualificados y los pacientes comparten sus experiencias y dudas en estos temas, se considera cada vez más a estos tratamientos como una ayuda para mejorar la calidad de vida y las relaciones con los demás<sup>61</sup>.

### II.3.3. LA DERMATOLOGÍA ESTÉTICA COMO SUBESPECIALIDAD MÉDICA Y SUS TRATAMIENTOS

La Dermatología Estética y Cosmética es aquella parte de la Dermatología que se ocupa del cuidado de la piel como parte de la belleza y la imagen de una persona (higiene, apariencia y protección de la piel)<sup>1,36,47,49,63,64,65</sup>. Dentro de la Academia Española de Dermatología y Venereología existe el grupo de Dermatología Estética y Terapéutica (GEDET), constituido oficialmente en febrero de 1986 para lograr la máxima

especialización y actualización en este campo de la Especialidad<sup>1,63</sup>.

Entre los tratamientos que se llevan a cabo dentro de esta especialidad, y que interesan para el estudio que presentamos cabe destacar los siguientes:

- Los ***Cosméticos*** son formulaciones de aplicación local, fundados en conceptos científicos, destinados al cuidado y embellecimiento de la piel y sus anexos<sup>65,66,67</sup>. Los ***Cosmecéuticos*** son los cosméticos de acción correctiva, preventiva, terapéutica o de acción sinérgica con los medicamentos aplicados en la piel enferma, también llamados cosméticos activos o funcionales<sup>49</sup>. Su uso, a diferencia de los medicamentos, es reiterado varias veces al día y se prolonga durante meses o años, por tanto deben estar libres de efectos secundarios indeseados. Sus características cosméticas organolépticas (olor, color) y adaptabilidad (máscaras, cremas, barras correctoras...) permiten adecuar los tratamientos sin modificar las costumbres del paciente y mejorar la tolerancia al tiempo de espera de su curación o mejoría<sup>68</sup>. La diferencia entre *cosméticos* y *cosmecéuticos* es que los cosméticos tienen una función fundamentalmente preventiva dirigida a la higiene, protección y corrección aparente de problemas estéticos. Mientras que los cosmecéuticos, también con el objetivo de mejorar el aspecto, tienen una diferencia fundamental: modifican la estructura cutánea. Equivaldrían pues, a un cosmético funcional o activo. Entre los muchos principios activos cosmecéuticos están: la tretinoína, el coenzima Q10 o ubiquinona, la vitamina C, el ácido salicílico, el ácido glicólico, los factores de crecimiento y otras muchas moléculas de reciente investigación<sup>49,68,69,70,71</sup>.

- El ***Peeling Médico*** puede ser físico (más conocido hoy día como *Dermoabrasión* ó *Dermabrasión*<sup>72,73</sup>) o químico<sup>74,75</sup> (al que nos referiremos como *peeling* a partir de ahora). Consiste en la eliminación de distintas capas de la epidermis mediante la aplicación de un agente químico irritante o cáustico, en un proceso controlado y, mediante la profilaxis adecuada, seguro<sup>76</sup>. Esto produce una renovación de las capas de la piel siendo sustituidas por otras nuevas de mejor calidad, con menos manchas, menos arrugas y mejor textura<sup>73,77</sup>. Según el agente utilizado se obtienen adicionales beneficios, como mayor control sobre la grasa y bacterias en las pieles acneicas... Los *peelings* se clasifican por el poder de penetración de la sustancia química escogida en superficiales, medios y profundos. A mayor profundidad, se eliminarán más capas de la piel y por tanto se observarán mayores efectos, pero también más riesgos<sup>36</sup>. Los *peelings* más populares hoy día son los superficiales y medios a base de alfa hidroxiácidos como el ácido glicólico, el azeláico o el mandélico; aunque se pueden usar otras sustancias como el ácido salicílico, ácido tricloroacético, ácido kójico, fenol... y combinaciones<sup>36,74</sup>. Estudios publicados revelan objetivamente los beneficios del *peeling* a nivel histológico: el grosor del estrato de Malpigio de la epidermis aumenta significativamente, el grosor del estrato córneo disminuye, la fracción de área ocupada por colágeno en la dermis papilar aumenta<sup>77,78</sup>. Desde el año 2003, sabemos que los *peelings* de ácido salicílico, glicólico o pirúvico, actúan estimulando la proteína p53, de manera que su uso regular aumenta las defensas contra el cáncer de piel<sup>79,80</sup>.
  
- En el ***Rejuvenecimiento de la piel con láser*** y otras fuentes de luz (como *Luz pulsada intensa* y *LED*)<sup>81,82</sup>, se utilizan diferentes tipos de luces, con diferentes propiedades,

para intentar obtener una mejoría en la textura, consistencia y coloración uniforme de la piel<sup>83</sup>. Según los aparatos y técnicas utilizadas se consigue calentar o estimular la dermis para aumentar la formación y buena estructuración del colágeno y elastina, eliminar capas superficiales de la piel (modelos de láser ablativo y fraccionado) y eliminar las discromías pigmentarias y vasculares propias del envejecimiento cutáneo mediante fototermólisis selectiva<sup>84,85,86,87</sup>. Aunque en algunos estudios se ponen de manifiesto científicamente estos resultados, existen otros donde se observan controversias<sup>88,89,90,91</sup>.

- Los ***Rellenos inyectables para arrugas***<sup>92</sup> se utilizan, en general, para arrugas profundas con componente gravitacional o flaccidez del rostro y se introducen en el organismo (dermis, hipodermis o suprapariostio) mediante inyección con agujas y cánulas. También pueden tener otros usos como aumento del volumen de la semimucosa labial, los pómulos, el mentón, tratamiento de cicatrices deprimidas de acné, atrofas o asimetrías faciales<sup>93</sup>, etc. En la última década se han descrito distintas técnicas de relleno (pilares, malla, vectores...) y gran cantidad de diferentes materiales para llevar a cabo estos procedimientos<sup>92</sup>. Dentro de los materiales de relleno podemos diferenciar, principalmente, dos tipos: los injertos y los implantes. Los injertos más utilizados son los autólogos (tejidos extraídos del mismo individuo y transportados a otra parte de su cuerpo -sin mantener ningún tipo de conexión vascular con la zona donante) de grasa y dermis. Los implantes, según su origen se clasifican en biológicos (de origen orgánico) y no biológicos (de origen sintético) y según su duración en: reabsorbibles (biodegradables: el más frecuentemente utilizado es el ácido hialurónico, que puede ser de origen animal o de síntesis; derivados del colágeno bovino, ácido poliláctico, hidroxiapatita cálcica, fosfato tricálcico...) y no reabsorbibles

(metacrilatos, acrilamidas y polialquimidas)<sup>94,95</sup>. En el tercio medio de la cara es donde se encuentra el mayor número de grupos musculares que sufren la acción de la gravedad, y es también la región con mayor dificultad para mantenerse firme; como consecuencia se forman a este nivel los signos más graves de envejecimiento: arrugas, surcos pronunciados (surcos nasogenianos, comisura labial), alteraciones del contorno mandibular, alteraciones del labio (filtrum plano y largo, boca triste, arrugas verticales, alteraciones del bermellón)<sup>96</sup>. Por esto, que en dicha región es donde se pueden realizar el mayor número de procedimientos estéticos quirúrgicos y no quirúrgicos y también, la región en la que está más indicado el empleo de materiales de relleno<sup>96</sup>.

- La **Mesoterapia**, también conocida popularmente con los términos: “biorrejuvenecimiento”, “bioestimulación” o “intradermoterapia”, fue descrita en Francia por Michel Pistor en 1976<sup>97</sup>. Consiste en la inyección transdérmica múltiple en la piel, a una profundidad máxima de 4 mm (mediante distintas técnicas de inyección), de mínimas dosis de vitaminas, enzimas, hormonas, ácido hialurónico y extractos naturales de plantas para estimular la capacidad biosintética de los fibroblastos y facilitar la interacción entre las células. Se pretende conseguir un aumento de la producción de colágeno y elastina. Aunque no existen en profundidad, ensayos clínicos basados en la evidencia científica, los beneficios de la mesoterapia en el rejuvenecimiento de la piel sí se han puesto de manifiesto objetivamente en estudios que cuantifican estos cambios a nivel histológico y el uso de la técnica ha ido en claro aumento en los últimos años<sup>98,99</sup>.

- El tratamiento con **Toxina Botulínica** (conocido popularmente como “*botox*”) para arrugas, consiste en la inyección intramuscular de mínimas dosis de la neurotoxina tipo A (variante con mayor duración de efecto) que producen algunas cepas de la bacteria *Clostridium botulinum*. Esta exotoxina se cristaliza y purifica para su uso clínico y actúa impidiendo la liberación de acetilcolina en las uniones neuromusculares o en otras uniones colinérgicas y produce una denervación parcial reversible de los músculos donde se inyecta o de las glándulas ecrinas<sup>100</sup>. Aunque tiene varias indicaciones en la actualidad (patologías que resultan de la hiperfunción muscular y la disfunción autonómica) y se usa en la clínica desde 1989, la indicación estética se aprobó en 2002 por la Food and Drug Administration (FDA) y en 2004 por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS)<sup>100,101</sup>. Está indicada para la mejoría temporal de la apariencia de las líneas verticales, de intensidad moderada a grave, entre las cejas al fruncir el entrecejo, en adultos menores de 65 años, cuando la gravedad de estas líneas tiene un impacto psicológico importante para el paciente<sup>100</sup>. En el caso de la aplicación estética, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios restringe su uso y administración a aquellos Centros Sanitarios debidamente autorizados. La inyección ha de realizarse selectivamente en aquellos grupos musculares, cuya contracción es la responsable de la/s arruga/s de expresión o dinámicas que pretenden tratarse. En el plazo de 3-6 meses se restablece la función muscular debido a la formación de nuevos brotes axonales y uniones neuromusculares. El efecto clínico está directamente relacionado con la dosis y debe ajustarse para cada caso concreto. El uso repetido a largo plazo parece que no da lugar a atrofia ni a la degeneración muscular permanente<sup>100,101,102,103</sup>.

Todos estos tratamientos se combinan con mucha frecuencia en una misma persona para obtener mejores resultados<sup>96,104</sup>. Se escogieron estos tratamientos porque ejemplifican bien las técnicas más habituales y efectivas de la Dermatología Estética en el momento actual.

En los últimos años se ha producido un gran desarrollo de la Dermatología Estética como subespecialidad médica de la Dermatología<sup>1,5,45,46,47,48,50,63</sup>. Conocer en qué manera percibe la población general que esta rama de la especialidad médico-quirúrgica es de interés y contribuye al bienestar personal es un objetivo interesante para todos los que practican dicha especialidad. Existen múltiples cuestionarios validados y publicados para diferentes patologías, tanto en aspectos puramente técnicos (para protocolizar diagnósticos, tratamientos, etc), como en calidad de vida<sup>29,30,31,105,106,107,108</sup>. Existe algún trabajo y alguna escala publicada para medir bienestar emocional tras procedimientos estéticos concretos<sup>1,6,7,109,110,111,112,113,114,115,116,117,118,119,120</sup>, pero no para poder valorar la relación del bienestar emocional con la Dermatología Estética (en todos sus aspectos) y lo que opina de ello la población general. Con este trabajo, y tras la creación de la herramienta adecuada, pretendemos conocer la respuesta a distintos interrogantes (de modo muy esquemático):

- ¿Las personas piensan que pueden aumentar su bienestar psicológico y emocional a través de los tratamientos de Dermatología Estética?



- ¿Esta creencia se manifiesta de manera diferencial en función de variables sociodemográficas diversas: sexo, edad y niveles educativos y profesionales de las personas, etc?
- ¿El estado psicológico emocional basal de las personas se relaciona con una mayor o menor percepción de los beneficios de la Dermatología Estética?

#### II.3.4. RELACIÓN CON LA DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

El “buen aspecto”, entre otras cosas de la piel, forma parte de la lucha por la supervivencia y tiene importancia en la conquista del éxito social y laboral<sup>45,62,63,66,121</sup>. Esto está implicado en el desarrollo del autoconcepto y autoestima y, por tanto, también en el bienestar emocional de las personas<sup>1,68,121,122</sup>. Las dermatosis, incluso las más leves, pueden afectar a la estética cutánea y esto a su vez puede repercutir negativamente en la psique de los pacientes<sup>27,28,29,30,31,32,33</sup>. De forma contraria, una piel sana favorecerá un mejor “aspecto” estético y esto puede tener repercusiones positivas en la psique de nuestros pacientes. Los dermatólogos necesitamos conocimientos suficientes para atender a los pacientes que acuden a consultas de Dermatología con patología que se relaciona de una u otra forma con la mente –calidad de vida, repercusión psicológica, influencia del estrés en la patogenia de la dermatosis- de una forma holística para que la relación médico-enfermo se acerque al método idóneo para cada paciente<sup>33,34,123,124,125,126</sup>.

Esta relación entre la psique y la piel, ampliamente conocida, es objeto de trabajo del Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica (GEDEPSI) que existe dentro de la Academia Española de Dermatología y Venereología y que viene realizando reuniones oficiales al respecto desde el año 2005 con la máxima rigurosidad científica en este campo<sup>127</sup>.

Creemos, por tanto, que en este trabajo convergen temas de interés para ambos grupos, GEDET y GEDEPSI, así como para la Dermatología española en general.



Figura 5: Anagramas de los grupos a los que hacemos referencia: Asociación Española de Dermatología y Venereología (AEDV), Dermatología Psiquiátrica (DP) y Grupo Español de Dermatología Estética y Terapéutica (GEDET).

Dado el importante desarrollo de la Dermatología Estética en los últimos años, se pretende conocer en este trabajo qué busca o qué espera la población general del trabajo que realiza el dermatólogo en este campo, en cuanto a su repercusión en su bienestar personal. Se espera que los resultados obtenidos puedan ser útiles a los dermatólogos a la hora de informar a sus pacientes sobre tratamientos estéticos en la piel.

### III. ESTUDIO EMPÍRICO

Dentro de este apartado se hará referencia al planteamiento de la investigación, el material y el método (con las fases en la construcción del cuestionario, las dimensiones teóricas y variables de estudio, la descripción de la muestra y los procedimientos de análisis de datos). Se abordará el tema de los resultados con el análisis de las características métricas del cuestionario y el análisis de la percepción sobre la Dermatología Estética en función de características sociodemográficas. Posteriormente, en el apartado de la discusión se tendrá en cuenta la imagen corporal y su relación con el bienestar psicológico, los efectos psicológicos de los tratamientos de la Dermatología Estética, la Dermatología Estética y el bienestar personal con la valoración y aportación del cuestionario DEBIE, la teoría socio-cultural y motivaciones para realizar tratamientos cosméticos-estéticos y la percepción del dermatólogo como médico especialista en tratamientos de estética médica cutánea, así como la relación entre la psiquiatría/psicología y la Dermatología Estética. Para finalizar se comentarán las limitaciones del estudio y las posibles líneas de profundización.

### III.1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado se presenta el estudio empírico haciendo referencia a la relevancia de la investigación, las referencias y estudios previos, los objetivos e hipótesis.

#### III.1.1. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de esta tesis se complementan y refuerzan mutuamente con la idea de aportar conocimientos sobre las motivaciones, necesidades y expectativas de la población general sobre la Dermatología Estética, así como de tomar decisiones para la práctica profesional de esta especialidad.

En primer lugar, en conexión con el primer objetivo, la construcción de un instrumento fiable para valorar la percepción de la población general sobre la Dermatología Estética y sus efectos, cuyas características psicométricas cumplan los criterios esperables, contribuye a incrementar las escasas técnicas disponibles para ello en esta disciplina.

En segundo lugar, y en relación con el segundo objetivo, a través de la aplicación de este instrumento, esta tesis aporta información relevante sobre el conocimiento y actitudes de las personas hacia la Dermatología Estética, sus tratamientos y sus efectos.

Por último, vinculado al tercer objetivo, el análisis diferencial de estas actitudes en función de variables socio-demográficas y del bienestar basal permite identificar qué grupos sociales tienen una mejor o peor predisposición hacia esta rama de la medicina y hacia sus tratamientos. Ello puede ser de utilidad para su práctica médica, al poder prever qué grupos de personas tienden a ser más favorables hacia ella.

### III.1.2. REFERENCIAS PREVIAS

Con el fin de contar con información sobre estudios de investigación realizados en el ámbito de la Dermatología Estética que pudieran tener objetivos similares a los que se plantean en esta tesis, se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos. Se pretendía, además, identificar algún cuestionario ya validado que pudiera ser aplicado a esta investigación una vez adaptado.

La indagación bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos: *Index Medicus* (MedLine), *Excerpta Médica* (EMBASE), *Science Citation Index* (SCISEARCH) Y COCHRANE con los términos cruzados: cosmetic dermatology AND self-esteem, aesthetic dermatology AND self-esteem, cosmetic skin AND self-esteem, aesthetic skin AND self-esteem, cosmetic treatments AND self-esteem, aesthetic treatments AND self-esteem, cosmetic dermatology AND well-being, aesthetic dermatology AND well-being, cosmetic skin AND well-being, aesthetic skin AND well-being, cosmetic treatments AND well-being, aesthetic treatments AND well-being, cosmetic dermatology AND

general population, aesthetic dermatology AND general population, cosmetic skin AND general population, aesthetic skin AND general population, cosmetic treatments AND general population, aesthetic treatments AND general population.

El resultado de esta búsqueda indicó que en el momento actual existen pocos estudios relacionados con la temática que se trabaja en esta tesis, y no se encontraron instrumentos de medida al respecto<sup>1,5,6,7,31,105,106,107,118,119</sup>. No hemos encontrado trabajos de dermatólogos que analicen las motivaciones de la población general en el terreno de la estética cutánea y sus tratamientos sobre pieles envejecidas y/o sin patología dermatológica basal. En cuanto al tratamiento cosmético/estético de pacientes con patología basal, que no es el tema de este trabajo, tales como: rosácea, lupus, acné, atopia, melasma, vitíligo... y sus mejoras en el bienestar de los mismos, sí existen abundantes trabajos<sup>27,28,29,30,33,66,109,128,129,130,131,132</sup>.

Existen estudios de cirujanos y psiquiatras relacionados con las motivaciones de los pacientes que van a someterse a cirugía plástica o estética<sup>5,48,60,133,134,135,136,137</sup> así como en relación con sus expectativas y con sus mejoras postquirúrgicas en temas de bienestar personal psicosocial<sup>135,136,138,139,140,141,142,143,144,145,146,147,148,149,150</sup>. Se ha encontrado un trabajo<sup>151</sup> que investiga las motivaciones de la población femenina noruega para someterse a una cirugía plástica, en el cual se encuentra una autoestima más baja en aquellas pacientes que desearían someterse a una cirugía estética, pero no en aquellas que ya la habían realizado. De hecho, el mismo autor concluye en otro

trabajo<sup>152</sup> que tienen más valor predictivo positivo para medir el deseo o la motivación de someterse a un tratamiento estético quirúrgico algunos factores sociales como la aceptación social de este tipo de cirugías que la propia autoestima. El objetivo principal en una gran mayoría de estos trabajos es identificar pautas para discriminar aquellos pacientes con psicopatología basal antes de incluirlos en un protocolo de cirugía estética o mejora cosmética de dermatosis<sup>60,153,154,155</sup>. Todo ello con el fin de evitar la cirugía en aquellos pacientes con factores de riesgo elevados para la insatisfacción postquirúrgica, independientemente del éxito de la técnica y dependiente de aquella psicopatología basal<sup>156,157,158,159,160,161,162,163</sup>.

A diferencia de estos estudios, el que se presenta en esta tesis aporta información y genera conocimientos sobre las motivaciones y expectativas de la población general sobre la Dermatología Estética con el fin de facilitar, si es el caso, la práctica profesional en esta especialidad.

### III.1.3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El **objetivo general** de esta investigación es conocer cómo percibe la población general la Dermatología Estética y su posible contribución al bienestar personal emocional, teniendo en cuenta distintos aspectos de su diversidad socio-demográfica.

Para ello, se construirá y validará un cuestionario diseñado a tal fin, dado que no se ha encontrado en la literatura especializada revisada un instrumento que permita responder a este objetivo.

Partiendo de este objetivo general se plantean los siguientes **objetivos específicos y sus hipótesis asociadas**:

**Objetivo 1.** Identificar la estructura interna de un cuestionario diseñado para conocer la percepción de la población general sobre su estado de bienestar personal y emocional y sobre cómo puede contribuir la Dermatología Estética a dicho bienestar.

**Hipótesis 1 asociada al Objetivo 1.** El cuestionario diseñado confirmará una estructura factorial compuesta por factores relacionados, por una parte, con la percepción del bienestar personal emocional y, por otra, con aspectos asociados a la Dermatología Estética y a la percepción de su contribución a dicho bienestar emocional.

Se plantea esta hipótesis porque el cuestionario presenta una estructura aparente diferenciada en dos bloques, uno relativo a la percepción de bienestar personal emocional y otro a la percepción del grado en que la Dermatología Estética puede contribuir a mejorar dicho bienestar emocional.

Para comprobar esta hipótesis se llevará a cabo un estudio psicométrico de la estructura factorial del cuestionario, así como de su consistencia interna y validez concurrente.

**Objetivo 2.** Analizar si las personas de la población general establecen alguna relación entre el estado de bienestar personal y emocional y el estado de salud.



**Hipótesis 2 asociada al Objetivo 2.** Se espera que los resultados obtenidos confirmen la existencia de una relación entre la percepción del estado de bienestar personal y emocional y la percepción del estado de salud.

Se plantea esta hipótesis por considerar que el estado emocional de las personas repercute en el estado general de salud y, sobre todo, en la percepción subjetiva que se tiene de ésta.

Para comprobar esta hipótesis se analizará la relación entre factores asociados al bienestar personal emocional y una variable externa relacionada con la percepción del estado de salud (validez concurrente del cuestionario).

**Objetivo 3.** Analizar si las personas consideran que la estética de la piel es importante para tener éxito en el trabajo y si los efectos de los tratamientos de Dermatología Estética pueden contribuir a favorecer tanto la estética de la piel como dicho éxito en el trabajo.

**Hipótesis 3 asociada al Objetivo 3.** Se espera que los resultados obtenidos confirmen la existencia de una relación entre la percepción de la estética de la piel y el éxito en el trabajo, así como que se confirme la percepción de que los efectos de los tratamientos de Dermatología Estética pueden contribuir a favorecer tanto la estética de la piel como dicho éxito en el trabajo.

Se plantea esta hipótesis por entender que las personas tienden a cuidar su imagen física y estética ante personas y situaciones que consideran relevantes para sus vidas, para proyectar una apariencia física agradable que facilite la interacción social. El ámbito laboral suele requerir de esta interacción social, por lo que la estética de la piel podría tener influencia en el grado en que las personas se sienten aceptadas y adaptadas en su trabajo para rendir adecuadamente en él.

Para comprobar esta hipótesis se analizará la relación entre las variables incluidas en el cuestionario asociadas a la percepción de estética de la piel y a los efectos de la Dermatología Estética y una variable externa al cuestionario relacionada con la percepción de la importancia del buen aspecto de la piel para conseguir éxito en el trabajo (validez concurrente del cuestionario).

**Objetivo 4.** Conocer si la población general relaciona al dermatólogo con los tratamientos de estética médica cutánea.

**Hipótesis 4 asociada al objetivo 4:** Se espera que las personas asocien al dermatólogo como el especialista médico idóneo para conocer y realizar tratamientos de estética médica cutánea.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis descriptivos de las variables asociadas a esta información.

Se plantea esta hipótesis a contraste por considerar que no siempre las personas identifican al dermatólogo como un especialista en tratamientos de estética médica cutánea.

A continuación se plantean objetivos relacionados con la identificación de diferencias en la percepción de los aspectos analizados en esta tesis en función de las características socio-demográficas de la muestra estudiada.

**Objetivo 5.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y del bienestar emocional de las personas, en función del **Sexo**.

**Hipótesis 5 asociadas al objetivo 5.** Se espera que las mujeres tendrán menor grado de bienestar emocional que los hombres y estarán más preocupadas que ellos por el aspecto estético de su piel. Asimismo, se espera que conozcan más y tengan una actitud más positiva que los hombres hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis estadísticos comparativos de la percepción de la Dermatología Estética y del bienestar emocional de las personas que participan en este estudio, en función del **Sexo**.

Se plantea esta hipótesis considerando que socialmente las mujeres están más sometidas que los hombres a la valoración de sus características estéticas, como se hace evidente en los medios de comunicación y en los múltiples establecimientos y áreas dedicadas a la mejora de la estética de la mujer (moda, peluquería, belleza, etc.)<sup>164</sup> Según González-Fernández<sup>17</sup> son varias las investigaciones que muestran la existencia de diferencias entre hombres y mujeres a la hora de percibir la presión sociocultural sobre la imagen corporal. La presión sobre el atractivo y sobre la condición física es mayor en el caso de las mujeres, mientras que en fuerza y habilidad los hombres puntúan diferencialmente más alto. Por otra parte, se encuentra que las mujeres reciben una mayor presión sociocultural a través de la información publicitaria, mientras que los hombres son más susceptibles a la presión que ejerce la información proveniente de revistas o artículos buscados conscientemente. Además, llama la atención que la presión ejercida por el entorno social (familia, amigos) es percibida de forma similar por personas de ambos géneros, cuando hasta hace poco se pensaba que era más notable entre las mujeres, si bien continúa la tendencia a que ellos puntúen más alto.

Por otra parte, socialmente se percibe a las mujeres con menor grado de autoestima, asertividad y bienestar emocional que los hombres, ya sea por razones personales, familiares o laborales<sup>165,166,167,168,169,170,171,172</sup>.

**Objetivo 6.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función de **ser previamente o no paciente de Dermatología por alguna patología médica.**

**Hipótesis 6 asociadas al objetivo 6.** Las personas que han sido pacientes de Dermatología por alguna patología dan más importancia al aspecto estético de la piel y tienen también significativamente un mayor conocimiento sobre Dermatología Estética y una actitud más positiva hacia sus tratamientos sobre piel sana que las personas que no han sido pacientes de Dermatología por patologías. Además, se espera que las características de bienestar personal de los sujetos no estén asociadas significativamente a ser o no paciente de Dermatología".

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis estadísticos comparativos sobre los aspectos señalados entre las personas que respondan al cuestionario que hayan sido y que no hayan sido pacientes de Dermatología por alguna patología.

Se formula esta hipótesis porque se entiende que el hecho de ser paciente de Dermatología permite a las personas tener un mayor conocimiento de lo que trata esta especialidad en global y de los efectos positivos que pueden tener sus tratamientos sobre la piel, puesto que en muchas ocasiones estas patologías generan alteraciones visibles que sabemos que afectarán a la estética cutánea.

Los pacientes que han sufrido alteraciones en el aspecto estético de su piel por patologías pueden estar más pendientes de su aspecto, aún después de superar la enfermedad. Además, el haber conocido ampliamente al médico especialista en Dermatología como su terapeuta, les permite conocer más esta rama de la medicina que

otras personas que no han sufrido enfermedades dermatológicas, y se interesan más por todas sus vertientes, entre ellas la estética. De igual forma el haber establecido una relación de confianza previa con el terapeuta dermatólogo puede hacer que si este realiza tratamientos de estética, estos pacientes sean más subsidiarios de los mismos que otros que no conocen al terapeuta en cuestión, ya que saben que éste es el especialista de la piel y de la suya en particular.

Asimismo, se plantea la hipótesis de que las características de bienestar personal de los sujetos no están asociadas a ser o no paciente de Dermatología por alguna patología en general, aunque sí sabemos en particular que varias enfermedades dermatológicas concretas visibles que alteran la estética cutánea (acné, melasma, vitiligo...) afectan negativamente a la imagen corporal, autoestima y calidad de vida de los pacientes<sup>27,28,29,30,33</sup>.

Para comprobar estas hipótesis se realizarán análisis estadísticos comparativos sobre los aspectos señalados entre las personas que respondan al cuestionario que hayan sido y que no hayan sido pacientes de Dermatología por alguna patología.

**Objetivo 7.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función **tener o no una profesión con responsabilidad sobre otras personas.**

**Hipótesis 7 asociadas al Objetivo 7:** Las personas que desarrollan una profesión de responsabilidad sobre otras personas tendrán características de bienestar emocional significativamente más altas que las personas que no desarrollan estas profesiones. Asimismo, se plantea que las primeras se preocupan significativamente más que estas últimas por el aspecto estético de su piel, y tienen una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos.

Para comprobar estas hipótesis se realizarán análisis estadísticos comparativos de estos aspectos entre las personas de la muestra de estudio que tengan y que no tengan una profesión con responsabilidad sobre otras personas.

Se formulan estas hipótesis por entender que las personas que ocupan cargos de responsabilidad hacia otras personas tienen una valoración positiva de sí mismas, así como altos niveles de autoestima y motivación, que facilitará las relaciones de convivencia con sus subordinados<sup>168,173,174,175,176</sup>. Asimismo, se entiende que se preocupan por trasladar una imagen adecuada de su estética general. De hecho, hoy día esto se considera tan importante, especialmente en algunas empresas y sectores, que existe la profesión de asesor-consultor de imagen para mejorar el éxito en el trabajo<sup>177,178</sup>.

**Objetivo 8.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función de **tener o no tener una profesión de cara al público o en relación frecuente con personas.**

**Hipótesis 8 asociadas al Objetivo 8:** Las personas con una profesión de cara al público o en relación frecuente con otras personas tendrán características de bienestar emocional significativamente más altas que las personas que no desarrollan estas profesiones. Asimismo, se plantea que se preocupan significativamente más que estas últimas por el aspecto estético de su piel, y tienen una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis estadísticos comparativos de estos aspectos entre las personas de la muestra de estudio que tengan y que no tengan una profesión de cara al público o en relación frecuente con personas.

Se formulan estas hipótesis por entender que las personas con una profesión de cara al público o en relación frecuente con otras personas tienen habilidades personales y emocionales que les facilita realizar adecuadamente este trabajo<sup>177,178</sup>. Asimismo, se entiende que se preocupan por su estética de la piel para trasladar al público una imagen agradable de sí mismas<sup>177,178</sup>.

**Objetivo 9.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función de la **edad**.

**Hipótesis 9 asociadas al Objetivo 9:** Las personas más maduras, a partir de 40 años, tendrán puntuaciones de bienestar emocional significativamente menores que las personas más jóvenes y le darán una importancia significativamente mayor al aspecto estético de la piel, así como tendrán una actitud significativamente más positiva hacia los tratamientos de Dermatología Estética.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis comparativos sobre estos aspectos en función de la edad de las personas que respondan al cuestionario.

Se plantea esta hipótesis por entender que a partir de los 40 años las personas tienden a percibir que van perdiendo competencias personales, lo que afecta a su bienestar emocional. De igual modo, se entiende que a partir de los 40 años el aspecto estético de la piel se va deteriorando con la edad, lo que puede repercutir negativamente en el bienestar emocional de las personas; por ello, se espera que estas personas le den más importancia al aspecto estético de la piel, y que desarrollen una actitud positiva hacia los tratamientos de Dermatología Estética<sup>6,122,179,180,181,182,183,184,185,186,187</sup>.

**Objetivo 10.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función del **estado civil**.

***Hipótesis 10 asociadas al Objetivo 10:*** Las personas solteras darán más importancia que las que se encuentran en otros estados civiles al aspecto estético de la piel, y tendrán más información y una actitud más positiva hacia los tratamientos de Dermatología Estética que las restantes. Asimismo, se plantea que no habrá diferencias significativas en la percepción de bienestar emocional en función del estado civil de las personas.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis comparativos de estos aspectos en función del estado civil de las personas que respondan al cuestionario.

Se plantean estas hipótesis por considerar que generalmente las personas solteras tienden a salir más de casa y a seguir cultivando sus relaciones sociales que las personas casadas o en otros estados civiles donde puede haber hijos que atender o la necesidad de asumir otras responsabilidades (viudas, separadas, divorciadas)<sup>188,189</sup>.

**Objetivo 11.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función del **nivel de estudios**.

***Hipótesis 11 asociadas al Objetivo 11:*** Se plantea que no habrá diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética en función de su nivel de estudios. Sin embargo, éstos sí podrían condicionar su situación de bienestar emocional, de modo que aquellas personas con niveles de estudios más altos o universitarios podrían tener un grado de bienestar emocional significativamente mayor que las que tienen estudios más bajos.



Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis comparativos de estos aspectos en función del nivel de estudios de las personas que respondan al cuestionario.

Se formulan estas hipótesis por considerar que el nivel de estudios que tengan las personas no tendría por qué condicionar, a priori, la importancia que le den al aspecto estético de la piel y su actitud hacia la Dermatología Estética<sup>190</sup>. No obstante, sí puede influir en su autoestima, en sus logros personales y sociales y condicionar, así, su bienestar emocional.

**Objetivo 12.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función del **número de hijos\***.

***Hipótesis 12 asociadas al Objetivo 12:*** Las personas sin hijos se preocupan más por el aspecto estético de la piel y tienen más información y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos, que las personas con hijos. Asimismo, se plantea que las personas sin hijos se perciben con más bienestar emocional que las personas con hijos.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis comparativos de estos aspectos en función del número de hijos de las personas que respondan al cuestionario.

Se plantean estas hipótesis por entender que el número de hijos que tengan las personas podría condicionar tanto el tiempo que puedan dedicarse a sí mismas como su actitud hacia su cuidado personal, así como la percepción de su propio bienestar emocional, dada la complejidad y responsabilidad que supone la crianza y educación de los hijos<sup>191</sup>.

**Objetivo 13.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función de los **ingresos globales familiares**.

*Hipótesis 13 asociadas al Objetivo 13:* Las personas con más ingresos económicos tendrán significativamente más información sobre Dermatología Estética y una mejor actitud hacia sus tratamientos que las personas con menos ingresos. Sin embargo, en lo que respecta a la importancia que las personas le den al aspecto estético de la piel no cabe esperar diferencias estadísticamente significativas en función del nivel de ingresos económicos.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis comparativos de estos aspectos en función del nivel de ingresos de las personas que respondan al cuestionario.

Se plantea esta hipótesis dado que estos tratamientos no suelen realizarse de manera gratuita para la población en entidades públicas, lo que condiciona el acceso a esta información, que estará más dirigida a personas que intencionalmente la busquen porque puedan pagar sus tratamientos, como ocurre con otros tratamientos médicos, p.ej. cuidados dentales<sup>192</sup>.

También cabe plantear la hipótesis de que las personas con más ingresos consideren significativamente más que las restantes que los tratamientos de Dermatología Estética pueden ayudarles a mejorar su bienestar personal emocional. Dado que los ingresos económicos son un factor importante que condiciona la organización de la vida personal y familiar, se plantea en este estudio que las personas con niveles de ingresos económicos familiares globales más bajos presentan también características de bienestar emocional significativamente más bajas que las personas que tienen ingresos más elevados.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis comparativos de estos aspectos en función del nivel de ingresos de las personas que respondan al cuestionario.

En este estudio se plantea también analizar **cómo varía la percepción que tienen las personas de la Dermatología Estética dentro de su mismo género y de su misma edad, en función de cómo sea su grado de bienestar emocional**. Por ello, se plantean los siguientes objetivos específicos y sus hipótesis asociadas.

**Objetivo 14.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas **entre las Mujeres** en su percepción de la Dermatología Estética en función de su grado de bienestar emocional.

**Hipótesis 14 asociada al Objetivo 14:** Las mujeres con puntuaciones más altas en bienestar emocional tendrán una percepción significativamente más positiva de la Dermatología Estética y de su contribución al bienestar personal, que las mujeres con menores puntuaciones en bienestar personal.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis comparativos de esta percepción entre las mujeres, en función de su grado de bienestar emocional.

Se formula esta hipótesis por considerar que las mujeres que se valoran y estiman a sí mismas tienden a cuidar su estado físico y emocional para sentirse bien consigo mismas y con los demás<sup>159,193,194</sup>.

**Objetivo 15.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas **entre los Hombres** en su percepción de la Dermatología Estética, en función de su grado de bienestar emocional.

**Hipótesis 15 asociada al Objetivo 15:** No hay diferencias estadísticamente significativas entre los hombres que puntúan más y que puntúan menos en bienestar emocional, en la percepción que tienen de la Dermatología Estética y de su contribución al bienestar emocional.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis comparativos de estos aspectos entre los hombres, en función de su grado de bienestar emocional.

Se formula esta hipótesis por considerar que los hombres tienden poco a asociar su imagen corporal con el bienestar emocional<sup>17</sup>.

**Objetivo 16.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las **personas de 18-25 años** en su percepción de la Dermatología Estética, en función de su grado de bienestar emocional.

**Hipótesis 16 asociada al Objetivo 16:** Las personas de 18-25 años valoran de manera similar y positiva la Dermatología Estética, con independencia de sus características de bienestar emocional.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis comparativos de estos aspectos entre los jóvenes de 18-25 años en función de su grado de bienestar emocional.

Se plantea esta hipótesis por considerar que los jóvenes de esta edad suelen cuidar su estética por su tendencia a la relación social y de pareja y por su necesidad de situarse en el ámbito laboral.

**Objetivo 17.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las **personas de 26-44 años** en su percepción de la Dermatología Estética, en función de su grado de bienestar emocional

**Hipótesis 17 asociada al Objetivo 17:** Se plantea que no se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 26 a 44 años en la percepción que tienen de la Dermatología Estética en función de sus características de bienestar emocional.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis comparativos de esta percepción entre las personas de 26-44 años en función de su grado de bienestar emocional.

Se plantea esta hipótesis por considerar que las personas entre 26 y 44 años suelen haber consolidado su relación de pareja, familia, amistades y situación laboral<sup>195</sup>. Ello podría influir en que estén poco preocupados por el aspecto estético de su piel y por conocer los tratamientos que ofrece la Dermatología Estética para mejorarlo.

**Objetivo 18.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las **personas de 45-65 años** en su percepción de la Dermatología Estética, en función de su grado de bienestar emocional.

**Hipótesis 18 asociada al Objetivo 18:** Las personas entre 45 y 65 años con menor grado de bienestar emocional, estarán más preocupadas por el aspecto estético de su piel y tendrán una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos, que las personas de esta misma edad que tienen niveles óptimos de bienestar emocional.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis comparativos de estos aspectos entre las personas de 45-65 años, en función de su grado de bienestar emocional.

Se formula esta hipótesis por considerar que las personas entre 45 y 65 años tienden a preocuparse por el envejecimiento que experimentan con la edad y esta preocupación puede afectar más a unas que a otras en función de su grado de bienestar emocional.

**Objetivo 19.** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de **más de 65 años** en su percepción de la Dermatología Estética, en función de su grado de bienestar emocional.

**Hipótesis 19 asociada al Objetivo 19:** Las personas de más de 65 años con menor grado de bienestar emocional, estarán más preocupadas por el aspecto estético de su piel y tendrán una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos, que las personas de su misma edad con niveles óptimos de bienestar emocional.

Para comprobar esta hipótesis se realizarán análisis comparativos de estos aspectos entre las personas de más de 65 años en función de su grado de bienestar emocional.

Se plantea esta hipótesis teniendo en cuenta que las personas con más de 65 años experimentan claramente el efecto del envejecimiento de la piel con la edad, lo que puede afectar más a unas que a otras en función de su grado de bienestar emocional<sup>6,180,183,185,187,196,197</sup>.

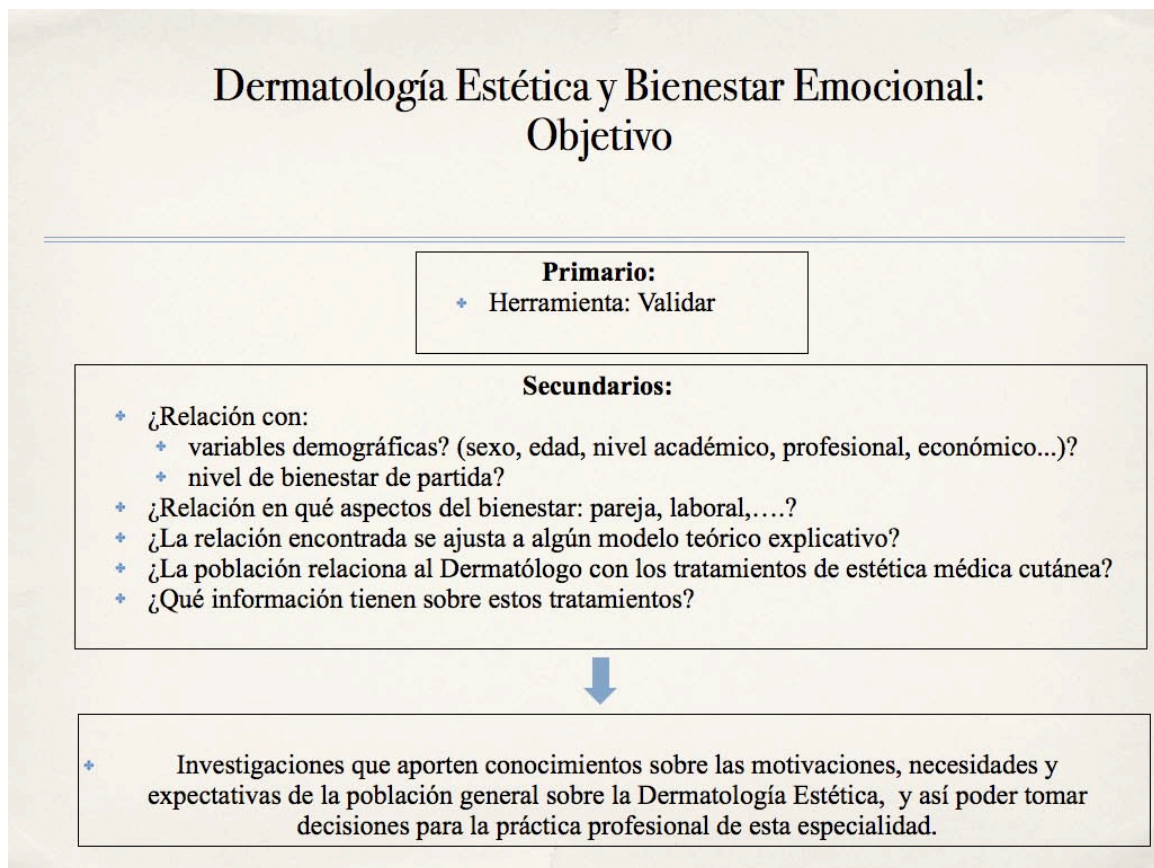


Figura 6: Esquema de los objetivos del trabajo. Elaboración propia

### III.2. MATERIAL Y MÉTODO

Atendiendo a diversos criterios metodológicos de clasificación de los estudios de investigación, la tesis que se presenta es de tipo *cuantitativo* (criterio de naturaleza de los datos), *de campo* (criterio de marco de actuación), *ex-post-facto*, *de encuesta*, *de carácter descriptivo* (criterios de nivel de manipulación de variables y de procedimientos de recogida de información)<sup>198,199</sup>. Se trabaja con datos sobre situaciones ya ocurridas, no provocadas por la manipulación de variables de experimentación; en este caso con las opiniones y percepciones de las personas que responden a un cuestionario, que constituye en este estudio el procedimiento empleado para recabar la información.

Dado que no se encontró en la literatura revisada un instrumento que permitiera obtener la información necesaria para contrastar las hipótesis de trabajo, se decidió construir un cuestionario propio a tal efecto.

Se describe a continuación el proceso y fases seguidas en su elaboración.



### III.2.1. FASES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO

Para elaborar el cuestionario se siguieron las fases indicadas en la literatura especializada sobre este tipo de técnicas<sup>200,201,202</sup>: 1) Decisión sobre la información a buscar; 2) Decisión sobre el tipo de cuestionario a utilizar y redacción de los primeros borradores; 3) Reexamen y revisión de preguntas; 4) Comprobación empírica del cuestionario con una muestra piloto y 5) Elaboración definitiva y especificación de los procedimientos para su utilización.

#### **Fases 1 y 2. Decisión sobre la información a buscar y Decisión sobre el tipo de cuestionario a utilizar. Redacción de los primeros borradores**

En las fases 1 y 2 se realizó, como se ha mencionado previamente, una revisión de escalas existentes sobre bienestar personal<sup>203,204,205,206,207,208,209,210,211,212,213</sup> con el fin de tomarlas como referencia para decidir la información a buscar y dotar de validez de contenido y aparente al instrumento que se pretendía aplicar. Con ambos tipos de validez se persigue garantizar, respectivamente, que el cuestionario incluya una muestra adecuada y representativa del contenido a valorar y que produzca en los sujetos a los que se aplica la idea de que es adecuado para el objetivo que se persigue, facilitando con ello su motivación a responderlo.

Dado que no se encontró en la bibliografía consultada ningún instrumento que analizara en la población general la temática concreta de este estudio -es decir, la relación entre la

Dermatología Estética y el bienestar emocional-, se tomó como referencia la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) del Sánchez-Cánovas<sup>8</sup>, concretamente, la subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo. Esta subescala hace referencia a la satisfacción con la vida y los afectos, considerando la importancia que cada persona atribuye a las diferentes esferas de la vida. A mayor puntuación mayor percepción subjetiva de bienestar<sup>8</sup>. Se seleccionaron de esta escala 30 ítems que valoran la autoestima de la persona y su percepción sobre la calidad de sus relaciones sociales. La selección de estos ítem se realizó por parte de expertos en Dermatología Estética, al objeto de poder asociar su información con la obtenida en otros 51 ítems de elaboración propia sobre Dermatología Estética<sup>45,47,48,52,63,160</sup>, que constituirían un segundo bloque de contenido en el cuestionario. Los ítems de este segundo bloque analizaban la percepción de la contribución de la Dermatología Estética al bienestar emocional<sup>214</sup> tomando en consideración los siguientes aspectos: 1) importancia que atribuye la persona al aspecto de la piel para el desarrollo de la autoestima y de las relaciones sociales y laborales; 2) información de la persona sobre tratamientos de Dermatología Estética habituales no invasivos o mínimamente invasivos para rejuvenecimiento de la piel -cosméticos y cosmecéutica, *peeling* médico, mesoterapia, foto-rejuvenecimiento, rellenos dérmicos y toxina botulínica; 3) percepción de la persona del grado en que los resultados de estos tratamientos pueden ayudarle a sentirse mejor consigo misma y con sus relaciones sociales y laborales.

De este modo, se elaboró un primer borrador con dos bloques de contenido y 81 ítems de respuesta cerrada en escala Likert, con cinco alternativas, del tipo "Nunca-A veces-Bastantes veces-Casi siempre-Siempre" para el primer bloque (por ejemplo, "*Me siento bien conmigo mismo/a*"), y "Total Desacuerdo-Desacuerdo-Ni Desacuerdo ni

Acuerdo-Acuerdo-Total Acuerdo" para el segundo bloque (por ejemplo, “*Los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a sentirme mejor y más seguro/a conmigo mismo/a*”).

### **Fase 3. Reexamen y revisión de preguntas**

Posteriormente, en la fase 3, se sometió este primer borrador a contraste y validación teórica<sup>215</sup> y metodológica por un equipo multidisciplinar formado por cuatro expertos del ámbito de la Dermatología Estética, seis de la Metodología de Investigación y cuatro de la Psicología, de modo que se pudiera mejorar tanto su contenido teórico como su formato técnico. Este procedimiento es el sugerido por Kerlinger<sup>216</sup> para garantizar la validez de contenido o grado en que los ítems que componen el cuestionario representan el contenido que se trata de evaluar. Se valoró su contenido en relación con la temática de estudio, redacción, grado de comprensión e interpretación sin ambigüedades de los ítems, importancia de cada uno de ellos para valorar el tema propuesto y la estructura y longitud final del cuestionario. Como resultado se mejoró el cuestionario inicial en todos los aspectos mencionados y se acortó su número de ítems al eliminar algunos que no se consideraron relevantes.

#### **Fase 4. Comprobación empírica del cuestionario con una muestra piloto**

En la fase 4 se aplicó el cuestionario mejorado a una muestra piloto de 48 sujetos de Asturias con características socio-demográficas diversas, que se considera pueden influir en el tema analizado: sexo, edad (se incluyen grupos de edades desde 18 a 90 años), profesión con responsabilidad sobre otras personas, profesión cara al público, estado civil, nivel de estudios, número de hijos y nivel de ingresos global familiar.

Se solicitó a estas personas que respondieran al cuestionario y anotaran sus observaciones para poder mejorarlo. Además, a 6 sujetos de este grupo (12,5%) se les aplicó el cuestionario en forma de entrevista, permitiendo la respuesta amplia y comentada de cada ítem. Se constituyó también un grupo de discusión con 6 personas, de las cuales, 4 sujetos eran de la muestra piloto (8,3%) y 2 eran expertos, uno en Dermatología Estética y otro en Metodología de Investigación. Las sugerencias obtenidas, tanto de la aplicación piloto del cuestionario como de la entrevista y del grupo de discusión permitieron realizar tanto mejoras lingüísticas en algunos ítems para facilitar su comprensión (por ejemplo, “perimenopausia” se cambió por “tengo ahora cambios hormonales de menopausia”, entre otros términos), como en la estructura y longitud de cuestionario, que se acortó.

## **Fase 5. Elaboración definitiva del cuestionario y especificación de los procedimientos para su utilización**

En la fase 5 se obtuvo el cuestionario final, al que denominamos DEBIE (Dermatología Estética y BIenestar Emocional), de 58 ítems de respuesta cerrada tipo Likert con cuatro alternativas. Se redujo a cuatro el número posible de respuestas para eliminar la posibilidad observada de que los sujetos tienden a responder sistemáticamente con la opción central, que suele indicar tendencia a la indecisión<sup>217</sup>. En este estudio se ha asumido que las variables latentes a las que se asocian los ítems son continuas categorizadas en cuatro niveles de respuesta, en base a las aportaciones realizadas por Hernández-Baeza, Muñiz-Fernández y García-Cueto<sup>217</sup> sobre la pérdida de información que se produce al categorizar una variable latente continua; estos autores indican que, si bien un número de alternativas muy pequeño (2 ó 3) no resulta adecuado para representar la variable latente, tampoco se gana información utilizando más de 6 u 8 categorías.

El cuestionario final comienza con unas breves y concretas instrucciones de cumplimentación, seguidas de la solicitud de datos socio-demográficos sobre los aspectos mencionados en la fase 4: sexo, edad, llegada de la menopausia en mujeres, localidad de residencia, ámbito de residencia en los primeros quince años de vida, país de procedencia, profesión con responsabilidad sobre otras personas, profesión cara al público, estado civil, nivel de estudios, número de hijos y nivel de ingresos global familiar. Posteriormente se incluyen los dos bloques de contenido comentados previamente; el primero, de 29 ítems, valora el bienestar psicológico subjetivo del

sujeto; el segundo bloque, también de 29 ítems, analiza la percepción de la persona sobre la Dermatología Estética y sobre su contribución a generar dicho bienestar; es decir, el valor que concede a sus tratamientos para mejorar su bienestar emocional.

Al inicio del segundo bloque se incluye una breve descripción de lo que se entiende por "Dermatología Estética" con el fin de que los encuestados reconozcan bien el tema de estudio y no lo confundan con problemas médicos cutáneos activos que puedan realmente alterar la imagen corporal y con ello la autoestima de los pacientes: acné activo, rosácea inflamatoria, lupus cutáneo activo... Esta descripción es como sigue:

*“La Dermatología Estética es la parte de la Dermatología Médica que se ocupa de mejorar el aspecto de la piel sana (textura, luminosidad, arrugas, manchas de la edad) y las consecuencias estéticas de problemas médicos (rojeces, manchas del embarazo, cicatrices). Para lograr estas mejoras se usan técnicas médicas como: cosméticos (cremas y maquillajes médicos), peelings, rellenos inyectables para arrugas, láser y “botox” o toxina botulínica”.*

Una referencia del contenido de los ítems del cuestionario puede verse en la tabla 5 y en la sección de **Anexos** donde se incluye el cuestionario. El esquema de su diseño y su estructura se representa en la figura 7 y 8.

### III.2.2. DIMENSIONES TEÓRICAS Y VARIABLES DE ESTUDIO

Las dimensiones teóricas establecidas en este estudio son nueve, que se describen brevemente a continuación.

- **Optimismo**<sup>21,218</sup>: en esta dimensión se analiza la tendencia que tiene el individuo a esperar que el futuro depare resultados favorables. El optimismo es una actitud que ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, descubriendo lo positivo que tienen las personas y las circunstancias, confiando en las propias capacidades y posibilidades y en los apoyos que otras personas pueden aportar. En general, los estudios indican que las personas más optimistas tienden a tener mejor humor, a ser más perseverantes y exitosas, e incluso, a tener mejor estado de salud física. De hecho, uno de los resultados más consistentes en la literatura científica es que aquellas personas que poseen altos niveles de optimismo y esperanza (ambos tienen que ver con la expectativa de resultados positivos en el futuro y con la creencia en la propia capacidad de alcanzar metas) tienden a ser más resilientes, a salir fortalecidos y a encontrar beneficio en situaciones estresantes.
- **Afecto**<sup>42,219</sup>: en esta dimensión se analiza la capacidad del individuo para implicarse social y emocionalmente con otras personas en una relación bidireccional de dar y recibir ternura, aceptación y respeto.
- **Capacidad de Relajación Mental**<sup>220,221</sup>: esta dimensión trata de analizar la capacidad que tiene el individuo para reducir la tensión mental y/o física que le

causan sus pensamientos y preocupaciones. Esta capacidad de relajación está relacionada con el bienestar personal.

- **Aceptación de uno mismo**<sup>26,222,223,224</sup>: en esta dimensión se analiza el grado en que la persona tiende a tener una buena calificación mental de sí misma, de forma integral, incluidos los éxitos y fracasos como ser vivo, humano y único. Y tener capacidad para evitar la auto-exigencia excesiva que lleve al desprecio de uno mismo.
- **Percepción de la Salud y Funciones Básicas** (apetito, sueño, concentración...): en esta dimensión se analiza cómo percibe el individuo su propia salud y funcionamiento orgánico.
- **Preocupación por la Estética Cutánea**: esta dimensión analiza el grado de interés e inquietud que dedica la persona que cubre el cuestionario a pensar en el aspecto de su piel y en mantener la estética de la misma.
- **Percepción de la Relación de la Dermatología con la Estética**: en esta dimensión se valorar si la persona relaciona una especialidad médico-quirúrgica, como la Dermatología, con la Estética. Y de la misma manera, al médico dermatólogo como el profesional más capacitado o no, para valorar y realizar tratamientos de estética en la piel.
- **Información sobre la Dermatología Estética**: en esta dimensión se valorar qué sabe la persona sobre la Dermatología Estética y en qué consiste cada uno de sus



tratamientos.

- **Percepción de la Eficacia de la Dermatología Estética:** esta dimensión valora qué opina el sujeto sobre los resultados de los tratamientos de la Dermatología Estética.

Las variables incluidas en estas dimensiones de análisis, operativizadas en forma de ítems en el cuestionario, se distribuyen en los dos bloques del mismo, tal como se indican en la tabla 1.

Tabla 1. Dimensiones teóricas del cuestionario

<b>DIMENSIONES TEÓRICAS DEL CUESTIONARIO (I)</b>	
<b>Dimensión 1. Optimismo (18 Ítems: 13 Bloque I + 5 Bloque II)</b>	
<b>Bloque I Bienestar Psicológico Subjetivo</b>	<i>"Acostumbro a ver el lado favorable de las cosas"/</i> <i>"Me gusta transmitir mi felicidad a los demás"/</i> <i>"En general, todo me parece interesante" / "Me siento jovial" / "Tengo buena suerte"/</i> <i>"Estoy ilusionado/a" / "Se me han abierto muchas puertas en mi vida"/</i> <i>"Me siento optimista" / "Creo que me sucederán cosas agradables"/</i> <i>"Tengo muchas ganas de vivir" / "Creo que generalmente tengo buen humor"/</i> <i>"Siento que todo me va bien"/ "Tengo confianza en mí mismo/a"</i>
<b>Bloque II. Dermatología Estética y su contribución al Bienestar Emocional</b>	<i>"Los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a...</i> <i>...ver el lado favorable de las cosas"/ ...sentirme más ilusionado/a"/</i> <i>...que se me abran muchas puertas en mi vida"/</i> <i>...tener más ganas de vivir"/</i> <i>...tener mejor humor".</i>
<b>Dimensión 2. Afecto (12 ítems: 3 Bloque I + 5 Bloque II)</b>	
<b>Bloque I Bienestar Psicológico Subjetivo</b>	<i>"Me creo útil y necesario para la gente"/ "Creo que mi familia me quiere"/</i> <i>"Me gusta salir y ver a la gente"</i>
<b>Bloque II. Dermatología Estética y su contribución al Bienestar Emocional</b>	<i>"Me parece importante el buen aspecto estético de mi piel para tener...</i> <i>... una buena relación de pareja"/</i> <i>...una vida social (familia y amigos) positiva"</i>  <i>"Los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a...</i> <i>... mejorar mi relación de pareja" /</i> <i>... mejorar mis relaciones sociales (familia y amigos)"/</i> <i>...que me guste salir y ver gente"</i>
<b>Dimensión 3. Capacidad de Relajación (3 ítems Bloque I)</b>	
<b>Bloque I Bienestar Psicológico Subjetivo</b>	<i>"Me gusta divertirme"/</i> <i>"Busco momentos de distracción y descanso" /</i> <i>"Me concentro con facilidad en lo que estoy haciendo"</i>

Tabla 1. Dimensiones teóricas del cuestionario. Continuación

<b>DIMENSIONES TEÓRICAS DEL CUESTIONARIO (continuación)</b>	
<b>Dimensión 4. Aceptación de uno mismo (12 ítems: 7 Bloque I + 5 Bloque II)</b>	
<b>Bloque I Bienestar Psicológico Subjetivo</b>	<i>"Me siento bien conmigo mismo"/</i> <i>"Creo que como persona, hasta hoy, he logrado lo que quería"/</i> <i>"Creo que valgo tanto como cualquier otra persona"/</i> <i>"Creo que puedo superar mis errores y debilidades"/ "Me gusta lo que hago"/</i> <i>"Me siento capaz de realizar mi trabajo"/</i> <i>"Afronto mi trabajo y mis tareas con buen ánimo"</i>
<b>Bloque II. Dermatología Estética y su contribución al Bienestar Emocional</b>	<i>"Me parece importante el buen aspecto estético de mi piel para desarrollar un buen concepto de mí mismo"/</i> <i>"Los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a...</i> <i>...sentirme mejor y más seguro/a conmigo mismo/a" /</i> <i>...sentirme más capaz de superar mis errores y debilidades"/</i> <i>...aumentar mi éxito en el trabajo"/ ...realizar mi trabajo y tareas con más ánimo"</i>
<b>Dimensión 5. Percepción de salud y funciones básicas ( 4 ítems: 3 Bloque I + 1 Bloque II)</b>	
<b>Bloque I Bienestar Psicológico Subjetivo</b>	<i>"Duermo bien y de forma tranquila"/</i> <i>"Me siento "en forma"/</i> <i>"Disfruto de las comidas"</i>
<b>Bloque II. Dermatología Estética y su contribución al Bienestar Emocional</b>	<i>"Los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a sentirme con mejor salud"</i>
<b>Dimensión 6. Preocupación por la Estética Cutánea ( 3 ítems Bloque II)</b>	
<b>Bloque II. Dermatología Estética y su contribución al Bienestar Emocional</b>	<i>"Me preocupa el aspecto estético de mi piel"/</i> <i>"He pensado alguna vez en consultar cómo mejorar el aspecto estético de mi piel"/</i> <i>"He pensado alguna vez en hacerme algún tratamiento estético"</i>
<b>Dimensión 7. Percepción de la Relación de la Estética con la Dermatología ( 2 ítems Bloque II)</b>	
<b>Bloque II. Dermatología Estética y su contribución al Bienestar Emocional</b>	<i>"Si pensara en mejorar el aspecto estético de mi piel, acudiría a un Médico Especialista en Dermatología"/</i> <i>"Realizaría algún tratamiento estético (peeling, láser, rellenos...) si mi Dermatólogo/a me lo aconsejase".</i>
<b>Dimensión 8. Conocimiento de los tratamientos de Dermatología Estética ( 7 ítems Bloque II)</b>	
<b>Bloque II. Dermatología Estética y su contribución al Bienestar Emocional</b>	<i>"He oído nombrar en alguna ocasión (TV, amigos, etc) alguno de los siguientes tratamientos: cosméticos, peeling, "botox" o toxina botulínica, relleno de arrugas, mesoterapia, rejuvenecimiento con láser"/</i> <i>"Sé lo que son los cosméticos (independientemente de mi opinión hacia su uso)"/</i> <i>"Sé en qué consiste un peeling médico (independientemente de mi opinión hacia su uso)"/</i> <i>"Sé en qué consiste el rejuvenecimiento de la piel con láser (independientemente de mi opinión hacia su uso)"/</i> <i>"Sé en qué consisten los "rellenos" inyectables para arrugas (independientemente de mi opinión hacia su uso)"/</i> <i>"Sé en qué consiste la mesoterapia (independientemente de mi opinión hacia su uso)"/</i> <i>"Sé en qué consiste el tratamiento con "botox" o toxina botulínica (independientemente de mi opinión hacia su uso"</i>
<b>Dimensión 9. Percepción de la eficacia de la Dermatología Estética (2 ítems Bloque II)</b>	
<b>Bloque II. Dermatología Estética y su contribución al Bienestar Emocional</b>	<i>"Los tratamientos de Dermatología Estética no sólo corrigen defectos estéticos; también ayudan a prevenir el envejecimiento y preservar las funciones de la piel") /</i> <i>"Los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a.....aumentar mi éxito en el trabajo"</i>

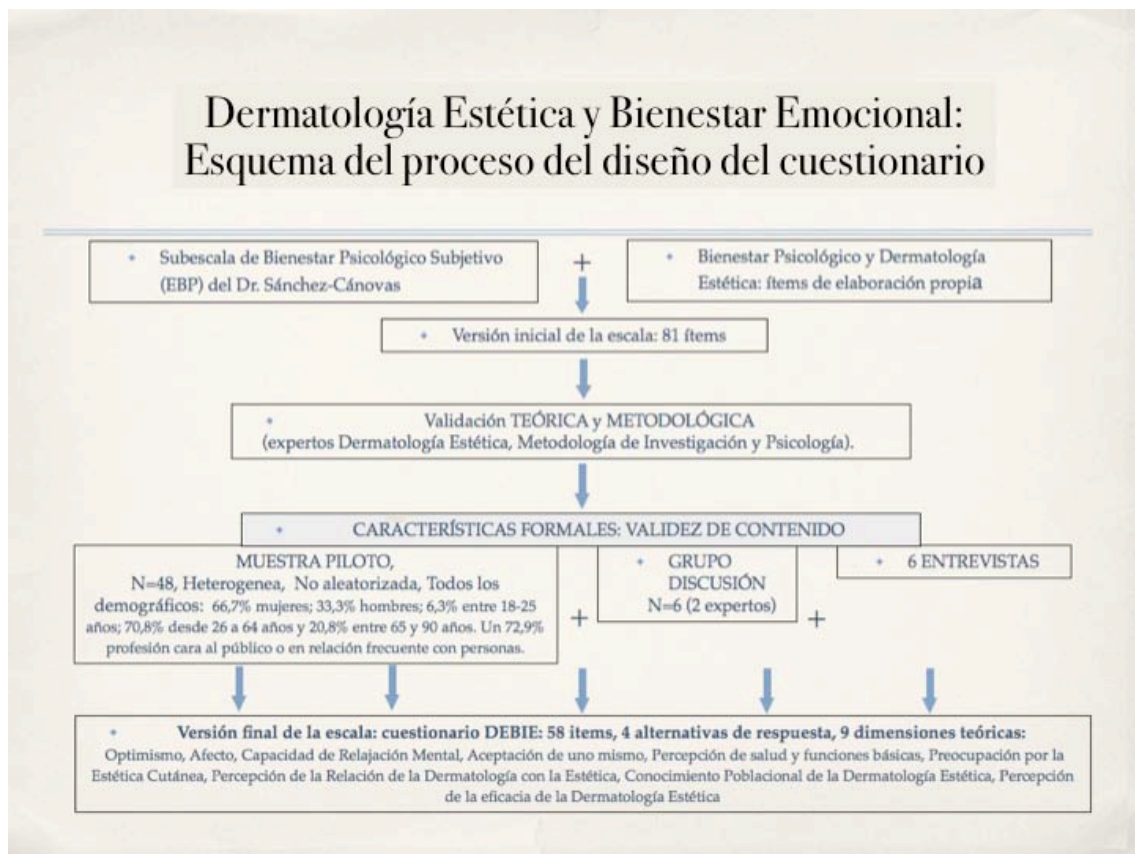


Figura 7: Esquema del proceso de diseño del cuestionario. Elaboración propia



Figura 8: Esquema de la estructura del cuestionario. Elaboración propia

Además de las variables incluidas en estas dimensiones de análisis se han considerado otras tres externas al cuestionario para valorar su validez concurrente<sup>225</sup>, que se han operativizado en ítems con respuesta en escala Likert de cuatro alternativas, del tipo "Total Desacuerdo-Desacuerdo-Acuerdo-Total Acuerdo". Estos ítems se han formulado a los encuestados simultáneamente a los incluidos en el cuestionario; son los siguientes: *"Creo que tengo buena salud"*, *"Me parece importante el buen aspecto estético de mi piel para tener más éxito en el trabajo"* y *"Opino que los tratamientos estéticos (peeling, láser, rellenos...) realmente mejoran el aspecto estético de las personas"*. Se consideró que estos ítems podrían utilizarse como indicadores o criterios externos de lo que el instrumento pretende medir, esperando encontrar cierto grado de relación estadística entre las respuestas a estas preguntas y los factores subyacentes al cuestionario (hipótesis 2 y 3).

Asimismo, como se ha mencionado en secciones previas, se han considerado otras variables socio-demográficas que actúan como variables de clasificación para hacer contrastes entre grupos e identificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos en el modo en que las personas perciben su estado de bienestar personal, y conocen y valoran la Dermatología Estética y los resultados de sus tratamientos. Estas variables son: sexo, haber sido paciente o no de Dermatología por alguna patología cutánea, tener o no tener una profesión de responsabilidad hacia otras personas, tener o no tener una profesión cara al público, edad, estado civil, nivel educativo, número de hijos y nivel de ingresos global familiar.

### III.2.3. MUESTRA

Se seleccionó una muestra heterogénea no aleatorizada de personas de la población general española mayores de edad teniendo en cuenta las siguientes variables socio-demográficas, por su posible influencia diferenciadora en el comportamiento de las variables objeto de estudio: sexo, edad, profesión cara al público o no, cargo de responsabilidad en el trabajo, ingresos familiares mensuales y nivel de estudios.

Se optó por consultar a personas a partir de los 18 años por considerar que a esta edad pueden valorar con cierto nivel de madurez su propia situación emocional y el grado en que la Dermatología Estética puede influir en ella. Para acotar los grupos de edad en los datos socio-demográficos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: de la mayoría de edad a la edad media-máxima de finalización de los estudios de grado universitarios (18 a 25 años), primera etapa laboral (26 a 44 años), etapa de madurez laboral (45 a 64 años) y etapa post-laboral (de 65 a 90 años); en las mujeres se consideró también la etapa post-menopáusica.

Se excluyeron pacientes con problemas psicológicos-psiquiátricos si es que esto era conocido de antemano, así como pacientes que ya se supiera que estaban en tratamiento previo con técnicas de Dermatología Estética, igualmente si esto era conocido de antemano (en los encuestados en las consultas de patología dermatológica o medicina general). Todo ello con el fin de no sesgar los resultados del estudio, ya que éste pretende centrarse en población general no afectada por enfermedades previas que puedan interferir en las variables que se pretenden explorar.

Para garantizar un tamaño muestral grande que permitiera generalizar hasta cierto punto los resultados obtenidos, así como efectuar un análisis factorial adecuado de la estructura del cuestionario que se necesitaba construir y de su validez de constructo<sup>225,226</sup> se consideró contar con, al menos, 10 encuestados por número de ítems.

El cuestionario se aplicó a personas de la población general en ámbitos laborales de limpieza doméstica, construcción, medio agrario y ganadero, banca, servicios, docencia, cuidadores de enfermos, sector artístico -teatro, pintura-..., de distintas comunidades autónomas: Asturias, Madrid, Castilla León, Aragón, Andalucía..., así como en el ámbito sanitario (patología dermatológica y no estética, medicina general y comunitaria de Asturias y Madrid) y académico (estudiantes universitarios del ámbito de la salud, de la psicología y de la educación de Asturias y Madrid). Todas estas personas accedieron a participar voluntariamente.

El cuestionario se entregó a las personas a través de profesionales conocidos de los ámbitos indicados, solicitando su participación con el objetivo de colaborar con un estudio universitario de investigación. El cuestionario fue contestado por cada individuo en el mismo momento de la entrega o en otro momento, aunque la mayor parte de las personas lo cubrió en el momento. En el caso de que hubiera alguna dificultad para cumplimentarlo, se prestaba la ayuda necesaria (por ejemplo, a personas de edad avanzada que tenían dificultades de visión para leer bien las preguntas, o que tardaban en leerlas). El tiempo medio de cumplimentación fue de unos 14 minutos.

Se recogió información de 770 sujetos, lo que supone el 83% de los cuestionarios entregados.

Una vez procesados los datos socio-demográficos de la muestra, se obtiene el siguiente perfil de los participantes: por **sexo**, 71,6% mujeres; 28,4% hombres; por **edad**: 22,6% en edades comprendidas entre 18 y 25 años; 40,7% entre 26 y 44 años; 29,1% entre 45 y 64 años y 7,7% entre 65 y 90 años, como se aprecia respectivamente en los gráficos 1 y 2. Aunque el contraste de esta distribución con la curva normal calculado a través de la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov arroja diferencias estadísticamente significativas ( $z_{ks}=6,38$ ;  $p=0,000$ ), se aprecia en la gráfica una tendencia a dibujar la curva normal.

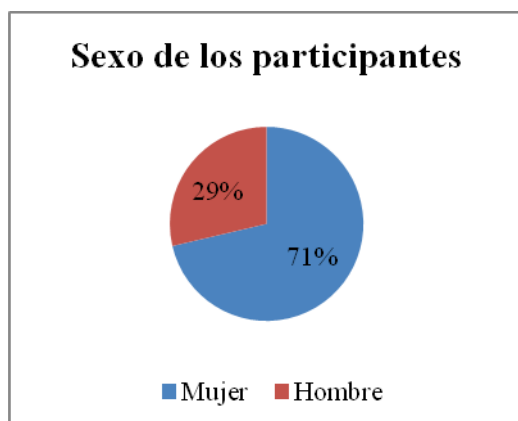


Gráfico 1. Sexo de los participantes

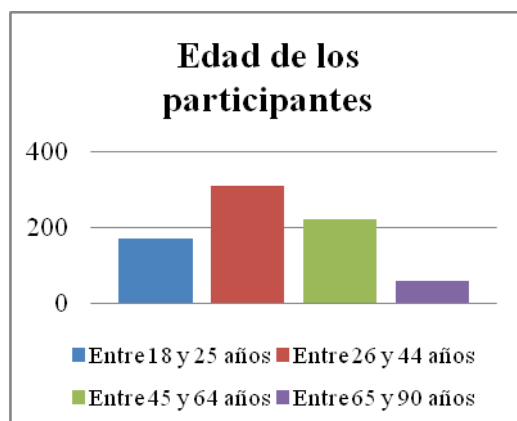


Gráfico 2. Edad de los participantes

Respecto al **estado civil**, el 53,4% está casado o vive en pareja; un 38,5% está soltero, el 5,2% está separado o divorciado y el 2,6% viudo (gráfico 3). En cuanto a la **profesión**, como se observa en el gráfico 4, un 70,5% tiene una **profesión cara al público** o en relación frecuente con personas y un 29,5% tiene un cargo de **responsabilidad sobre otras personas** en el trabajo.

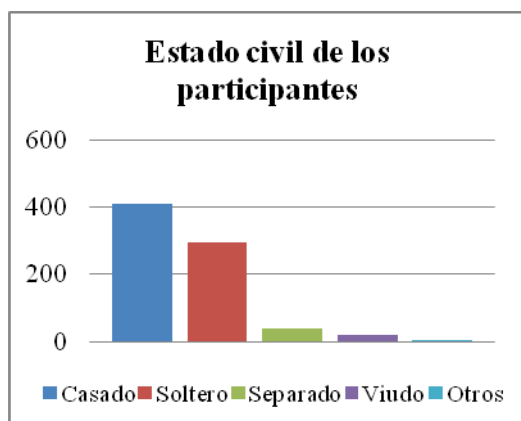


Gráfico 3. Estado civil de los participantes

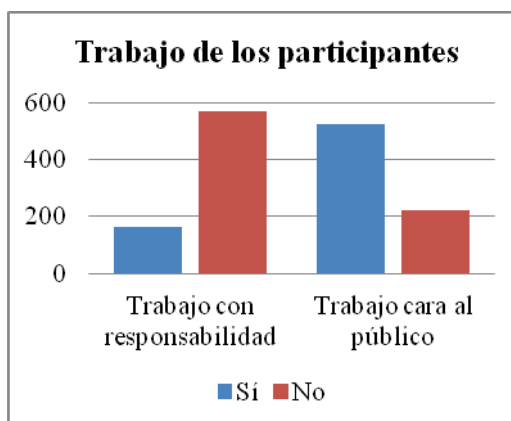


Gráfico 4. Trabajo de los participantes

Un 52,5% tiene **ingresos** globales familiares entre 1000 y 2500€ mensuales, un 36,3% percibe más de 2500€ mensuales y un 10,3% percibe menos de 1000€ mensuales, como se observa en el gráfico 5. Respecto al **nivel de estudios**, el 66% cuenta con estudios universitarios, un 26% con Formación profesional y/o de bachiller, el 7,6% con educación escolar obligatoria y un 0,6% no tiene estudios (ver gráfico 6).

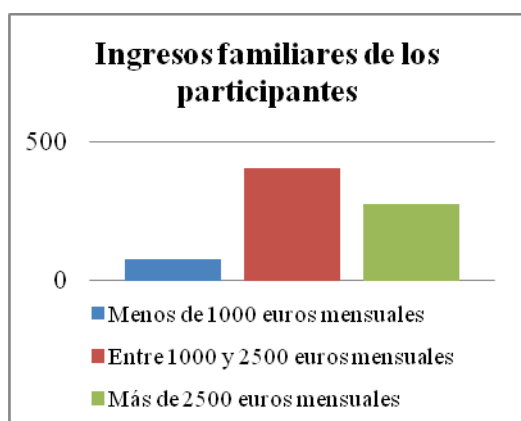


Gráfico 5. Ingresos familiares de los participantes

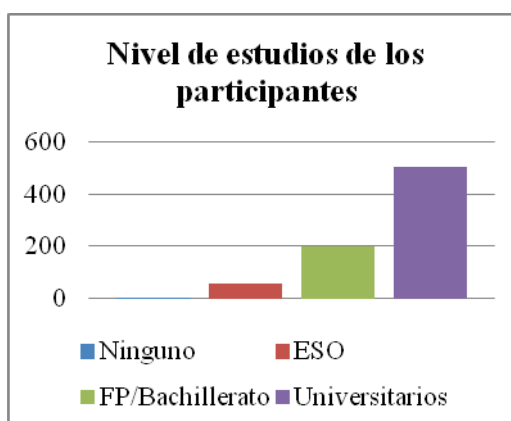


Gráfico 6. Nivel de estudios de los participantes



Estos resultados dibujan intuitivamente un perfil muestral bastante cercano al poblacional en lo que respecta al sexo y edad, pero con cierto sesgo hacia niveles superiores a la media en lo referido a nivel de ingresos y de estudios, que es habitual encontrar cuando se trabaja con técnicas de encuesta<sup>227</sup>.

Con respecto a **responsabilidades familiares y parentales** que pudieran condicionar la percepción del tema de estudio, el 23% de los participantes se sitúa en la tendencia nacional de tener dos hijos<sup>228</sup>, aunque el porcentaje mayoritario de la muestra, un 54,4% no tiene hijos (gráfico 7).

En relación al **ámbito de residencia** durante los primeros 15 años de vida, que pudiera influir en las actitudes de las personas hacia el tema que se analiza, el porcentaje mayoritario con un 58,8% se sitúa en el ámbito urbano, un 23,2% en el ámbito rural y un 18% en ámbitos rurales y urbanos (gráfico 8).

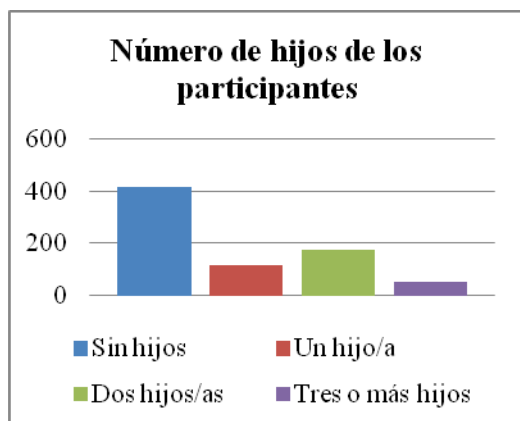


Gráfico 7. Número de hijos de los participantes

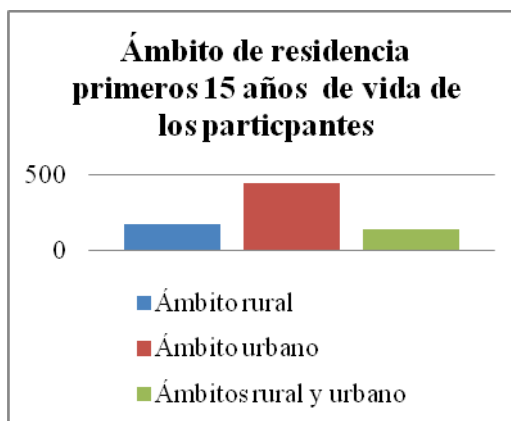


Gráfico 8. Ámbito de residencia primeros 15 años de vida de los participantes

Por último, un 14% de los participantes han cubierto la encuesta al asistir a una **consulta de Dermatología por patología cutánea activa**.

### III.2.4. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

En consonancia con los objetivos e hipótesis propuestas para este estudio, los datos obtenidos de la aplicación del cuestionario se han analizado tanto con técnicas univariadas de tipo descriptivo (frecuencias y porcentajes, tendencia de respuesta al techo y suelo, medidas de tendencia central y de variabilidad, asimetría y curtosis de los ítems para valorar su ajuste a la curva normal), como multivariadas de tipo correlacional y comparativo entre grupos: análisis factorial, t de Student para grupos independientes y análisis de varianza de tres o más grupos con análisis post-hoc cuando las diferencias entre grupos resultaron significativas. Para ello se empleó el programa estadístico SPSS 19.0.

El diseño seguido en el estudio métrico del cuestionario sigue las especificaciones básicas de la Teoría Clásica del Test (TCT)<sup>200,201,202</sup> analizando el comportamiento de las respuestas a los ítems (estadísticos descriptivos: distribución de frecuencias y porcentajes, tendencia al techo y suelo, medidas de tendencia central y variabilidad), su grado de compatibilidad con la curva normal, la validez de contenido del instrumento, su estructura factorial (validez de constructo), su consistencia interna (fiabilidad) y su validez concurrente<sup>214,226,229,230,231,232,233</sup>.

Se realizó, en primer lugar, un *análisis descriptivo de las respuestas a los ítems* para identificar aquellos con:

1) datos perdidos (no contestan), considerando que aquellos cuyo porcentaje de datos perdidos supere el 10% se eliminarían del análisis;

2) respuestas con tendencia al techo y suelo -es decir, hacia los valores extremos de la escala- para valorar su capacidad de discriminación, considerando que una concentración mayor del 15% (valor de referencia)<sup>234</sup> en las opciones de respuesta extrema indicaría ítems con menor capacidad de discriminación;

3) tendencia a la normalidad calculando la media y desviación típica y los valores de asimetría y curtosis, considerando que aquellos que superen el intervalo [-1,+1] se eliminarían del análisis.

4) La *validez de constructo* se evaluó en dos momentos. Primero mediante *análisis factorial exploratorio* con la matriz de configuración de factores, obtenida a través del método de extracción de Factorización de Ejes Principales<sup>226</sup>, seguido de rotación Varimax para conseguir una mejor comprensión de la matriz resultante. Se comprobaron los supuestos de aplicación de la misma mediante la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el Test de Esfericidad de Barlett. En un segundo momento se realizó un *análisis factorial confirmatorio* (AFC)<sup>235</sup> a través de ecuaciones estructurales utilizando el programa LISREL 8.80<sup>236</sup>. Se valoraron tres modelos de medición<sup>237</sup>: M1) modelo con factores ortogonales ( $\psi_{g,g'}=0$ ) y errores estandarizados de varianza no correlacionados ( $\rho_{\varepsilon g, \varepsilon g'}=0$ ) (M1); M2) modelo con factores correlacionados ( $\psi_{g,g'} \neq 0$ ) y errores de varianza estandarizados no correlacionados ( $\rho_{\varepsilon g, \varepsilon g'}=0$ ) (M2) y M3) modelo con factores correlacionados ( $\psi_{g,g'} \neq 0$ ) y errores de varianza estandarizados correlacionados ( $\rho_{\varepsilon g, \varepsilon g'} \neq 0$ ). Para valorar los modelos

se tuvieron en cuenta los siguientes índices de ajuste: 1) *Normalidad  $X^2$  ( $X^2/df$ )*: Chi cuadrado dividido por los grados de libertad. Se acepta el modelo si el resultado se encuentra en el rango entre 2 y 3; 2) *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)*: RMSEA inferior a 0,05<sup>238</sup>; inferior a 0,08 (preferiblemente, inferior a 0,06); el modelo debería rechazarse si RMSE > 0,10<sup>239</sup>; 3) *Comparative Fit Index (CFI)*: Se suele aceptar un punto de corte de 0,95<sup>240,241</sup>; 4) *Tucker–Lewis Index (TLI)*: Se esperan valores superiores a 0,95<sup>240,242</sup>; 5) *Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)*: Se esperan valores inferiores a 0,08<sup>240</sup>; 6) *Expected Cross-Validation Index (ECVI)*: de entre diversos modelos, se selecciona la estructura de aquel que obtiene el valor más bajo de ECVI<sup>238</sup>. El objetivo de realizar estos análisis factoriales confirmatorios es identificar aquél que representa la mejor estructura de los datos obtenidos<sup>243</sup>.

5) Para valorar la *fiabilidad* se analizó la consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach<sup>233</sup>, para el total del cuestionario y para cada uno de los factores de forma independiente, calculándose también la correlación ítem-total corregido y el valor alfa de Cronbach si el ítem es eliminado.

6) Para analizar la validez concurrente se calculó la correlación de Pearson entre los factores y las variables criterio externas al cuestionario: “*Creo que tengo buena salud*”, “*Me parece importante el buen aspecto estético de mi piel para tener más éxito en el trabajo*” y “*Opino que los tratamientos estéticos (peeling, láser, rellenos...) realmente mejoran el aspecto estético de las personas*”.

Para efectuar el *análisis de la percepción de la población general sobre la Dermatología Estética tomando en consideración variables socio-demográficas dicotómicas* como el sexo, haber sido o no paciente de Dermatología, tener o no tener una profesión de responsabilidad con otras personas, desempeñar o no una profesión de cara al público, se utilizó la t de Student para muestras independientes. Se tomaron los factores del cuestionario como variables a contrastar, introduciendo las variables socio-demográficas como variables de agrupación. En cada análisis, se tuvo en cuenta si se cumplía la condición de homogeneidad de varianzas (prueba de Levene) a través del estadístico F de Ficher-Snedecor. En los casos en los que no se cumplía la igualdad de varianzas, se utilizó el valor de la t de Student aplicando una varianza promediada entre las varianzas de cada grupo. Los resultados de la comparación entre grupos se han considerado estadísticamente significativos a partir de una probabilidad  $<0,05$ .

Para analizar las diferencias entre los Factores del cuestionario y las *variables socio-demográficas politómicas* se utilizó el modelo de ANOVA de un factor, tomando los factores como variables dependientes, e introduciendo las variables socio-demográficas (edad, estado civil, nivel de estudios, número de hijos e ingresos familiares) como factor de agrupación. En cada análisis, se tuvo en cuenta si se cumplía la condición de homogeneidad de la varianzas (prueba de Levene), y en los casos en los que se cumplía se aplicó la prueba del ANOVA para el análisis de las diferencias de las medias. Posteriormente, se estudiaron las diferencias significativas entre los grupos con un contraste a posteriori por parejas de grupos, utilizando el método de Scheffé. En los casos en los que no se cumplía la igualdad de las varianzas y no se podía aplicar para el análisis de las diferencias de las medias la prueba del ANOVA, se utilizó el estadístico

de Welch, como una alternativa robusta para este análisis. Seguidamente, se realizó un análisis de las diferencias significativas entre los grupos con un contraste a posteriori por parejas de grupos, utilizando el método de Games-Howell.

En la tabla 2 se resumen los procedimientos de análisis de datos utilizados y su relación con los objetivos planteados y las hipótesis a contrastar en este estudio.

Tabla 2. Procedimientos de análisis de datos

<b>Procedimientos de análisis de datos y su relación con los objetivos planteados y con las hipótesis a contrastar</b>			
<b>Características métricas del cuestionario</b>		<b>Procedimientos estadísticos</b>	<b>Relación con Objetivos (O) e Hipótesis (H)</b>
<b>Análisis de ítems</b>	<i>Valores perdidos.</i> Ítems con >10% sin respuesta se eliminan del estudio factorial	Frecuencias y porcentajes en cada opción de respuesta	-----
	<i>Tendencia al techo y suelo.</i> Concentración > 15% en opciones extremas indica poca capacidad discriminación		O4-H4
	<i>Tendencia a la curva normal.</i> Valores fuera de [-1,+1] en asimetría o curtosis se eliminan del estudio factorial	Media, desviación típica, asimetría y curtosis	
<b>Validez de Constructo</b>	Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio	Ejes Principales, rotación Varimax. Adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Test de Esfericidad de Barlett. Índices: $\chi^2/df$ ; RMSEA, CFI, SRMR; ECVI	O1-H1
<b>Fiabilidad</b>	Consistencia Interna	Coefficiente Alfa de Cronbach, para el total del cuestionario y para cada factor. Correlación ítem-total corregido. Valor de Cronbach si el ítem es eliminado	
<b>Validez Concurrente</b>	Correlaciones	Coefficiente de correlación de Pearson entre los factores y las variables criterio externas al cuestionario	O2-H2 / O3-H3
<b>Contraste de Grupos con variables socio-demográficas</b>		<b>Procedimientos estadísticos</b>	<b>Relación con Objetivos (O) e Hipótesis (H)</b>
<b>Dos grupos</b> (Dicotómicas)	Muestras independientes	Homogeneidad varianzas (prueba de Levene) y F Snedecor. t de Student para muestras independientes Significación <0,05	O5-H5 (Sexo) O6-H6 (Paciente) O7-H7 (Prof.Respon) O8-H8 (Prof.Público)
<b>Varios grupos</b> (Politómicas)	Muestras independientes	Homogeneidad varianzas (prueba de Levene) y F Snedecor. <i>Si varianzas homogéneas:</i> ANOVA de un factor y contraste a posteriori por parejas de grupos con Scheffé <i>Si varianzas no homogéneas:</i> Welch y contraste a posteriori por parejas de grupos con Games-Howell	O9-H9 (Edad) O10-H10 (Est.Civil) O11-H11 (Estudios) O12-H12 (Nº Hijos) O13-H13 (Ingresos) O14-H14 (Mujeres) O15-H15 (Hombres) O16-H16 (18-25 año) O17-H17 (26-44 año) O18-H18 (45-65 año) O19-H19 (+65 años)

### III.3. RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras realizar los análisis estadísticos descritos con los datos se describen a continuación.

#### III.3.1. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS MÉTRICAS DEL CUESTIONARIO

Con este análisis se pretende dar respuesta al **Objetivo 1**: "Identificar la estructura interna de un cuestionario diseñado para conocer la percepción de la población general sobre su estado de bienestar personal y emocional y sobre cómo puede contribuir la Dermatología Estética a dicha percepción", y contrastar la **Hipótesis 1** que plantea que "el cuestionario diseñado confirmará una estructura factorial compuesta por factores relacionados, por una parte, con el bienestar personal emocional y, por otra, con aspectos asociados a la Dermatología Estética y a la percepción de su contribución a dicho bienestar emocional".

Para poder efectuar los análisis pertinentes sobre la estructura factorial del cuestionario se comenzará identificando previamente si existen ítems con alto porcentaje de valores perdidos (no respuesta >10%) que aconsejen su eliminación del estudio. Se calcularán también los valores de asimetría y curtosis de los ítems para identificar aquellos que no cumplan con las características mínimas de tendencia a la curva normal [-1,+1] y excluirlos del análisis factorial.



### III.3.1.1. Valores Perdidos

El análisis efectuado indica que no hay ningún ítem cuyo porcentaje de datos perdidos supere el 10% establecido, por lo que siguiendo este criterio se mantienen todos los ítems en el análisis.

### III.3.1.2. Asimetría y Curtosis

Se han encontrado ocho ítems que superan los valores establecidos para la asimetría y curtosis  $[-1,+1]$  (tabla 3).

Tabla 3. Ítems que superan los valores establecidos para la asimetría y curtosis

Ítems	% Acuerdo- Total Acuerdo (N)	Media	Sx	Asimetría	Curtosis
<i>“Creo que mi familia me quiere”</i>	95,3 ( N= 734)	3,69	0,572	-1,94	3,93
<i>“Tengo muchas ganas de vivir”</i>	90,9 (N= 700)	3,57	0,66	-1,37	1,16
<i>“Sé lo que son los cosméticos”</i>	92,5 (N=712)	3,51	0,67	-1,41	2,129
<i>“He oído nombrar en alguna ocasión (tv, amigos...) alguno de los siguientes tratamientos: cosméticos, peeling, botox o toxina botulínica, relleno de arrugas, mesoterapia, rejuvenecimiento con láser”</i>	90,8 (N=700)	3,47	0,733	-1,47	2,12
<i>“Si pensara en mejorar el aspecto estético de mi piel, acudiría a un Médico Especialista en Dermatología”</i>	89,8 (N= 691)	3,43	0,74	-1,31	1,51
<i>“Sé en qué consiste un peeling médico”</i>	57,4 ( N=442)	2,63	1,03	-0,219	-1,094
<i>“He pensado alguna vez en consultar cómo mejorar el aspecto estético de la piel”</i>	54,2 (N= 417)	2,52	1,03	-0,141	-1,14
<i>“Sé qué es la mesoterapia”</i>	36,3 (N=279)	2,19	1,03	0,369	-1,039

Los valores más altos ( $>90\%$ ) en porcentaje "de acuerdo" o "total acuerdo" en las respuestas se distribuyen en los dos grandes bloques de dimensiones establecidos en esta investigación: Bienestar Psicológico Subjetivo (*“Creo que mi familia me quiere”*,

*“Tengo muchas ganas de vivir”*) y Dermatología Estética (*“He oído nombrar en alguna ocasión (tv, amigos...) alguno de los siguientes tratamientos: cosméticos, peeling, botox o toxina botulínica, relleno de arrugas, mesoterapia, rejuvenecimiento con láser”* y *“Sé lo que son los cosméticos”*).

Los datos obtenidos en los ítems que superan los valores establecidos para la asimetría y curtosis permiten comentar los siguientes aspectos:

▪ ***“Creo que mi familia me quiere” (Dimensión 2. Afecto)***

El alto porcentaje en las opciones "de acuerdo" en este ítem indica que la mayoría de las personas que han participado en esta investigación (95,3%, N= 734) se sienten queridas y aceptadas en su familia, lo que repercutirá positivamente en su autoestima. La literatura consultada sobre el tema indica que la aceptación que se percibe de los padres y de la familia en general se relaciona con el desarrollo positivo de las personas en su ámbito social, psicológico y emocional<sup>224</sup>.

▪ ***“Tengo muchas ganas de vivir” (Dimensión 1. Optimismo)***

El amplio porcentaje de respuestas "de acuerdo" (90,9%, N= 700) en este ítem indica que la muestra analizada está contenta y satisfecha con su vida. Esto es relevante para este estudio, puesto que se pretendía excluir a personas con trastornos psiquiátricos conocidos que pudieran sesgar los resultados obtenidos con relación al objetivo general que se persigue de analizar la temática de estudio en la población general. La valoración de la pérdida de vitalidad o del interés por las cosas cotidianas es relevante en la búsqueda de trastornos psiquiátricos depresivos, como se puede observar en los principales manuales de diagnóstico<sup>244</sup>.

▪ ***“He pensado alguna vez en consultar cómo mejorar el aspecto estético de mi piel” (Dimensión 6. Preocupación por la Estética Cutánea)***

Más de la mitad de la muestra (54,2%, N= 417) contesta en "acuerdo" o "total acuerdo", lo que indica que un volumen sustancial de la misma tiene inquietud o preocupación por la estética de su piel.

- ***“Si pensara en mejorar el aspecto estético de mi piel, acudiría a un Médico Especialista en Dermatología” (Dimensión 7. Percepción de la Relación de la Estética con la Dermatología)***

Un porcentaje elevado de la muestra (89,8%, N= 691) responde que acudiría a un dermatólogo de plantearse realizar un tratamiento estético en su piel. Este resultado permite responder al **objetivo 4**: "Conocer si la población general relaciona al dermatólogo con los tratamientos de estética médica cutánea" y aceptar la **Hipótesis 4** que formulaba: "Se espera que las personas asocien al dermatólogo como un especialista en tratamientos de estética médica cutánea".

No obstante, sabemos que muchas personas acuden a centros de estética no dermatológicos, por lo que quizás al menos una parte de las respuestas obtenidas pueda estar condicionada por el propio cuestionario, enfocado hacia la Dermatología. Aún así, con las respuestas obtenidas cabe intuir que si las personas conociesen que los dermatólogos realizan tratamientos estéticos, probablemente acudirían más a este especialista con este fin<sup>245,246</sup>. Recientemente se ha publicado un estudio<sup>247</sup> que analiza el aumento de los procedimientos cosméticos en la piel de la población americana en los últimos 16 años. En esta población los cirujanos plásticos realizan la mayoría de los procedimientos (36,1%), seguidos por los dermatólogos (33,7%); pero se observa que cada vez aumenta más el número de otro tipo de especialistas que realizan estos tratamientos<sup>247</sup>.

- ***“He oído nombrar en alguna ocasión (tv, amigos...) alguno de los siguientes tratamientos: cosméticos, peeling, botox o toxina botulínica, relleno de arrugas,***

***mesoterapia, rejuvenecimiento con láser” (Dimensión 8. Conocimiento de los tratamientos de Dermatología Estética)***

Los datos indican que un porcentaje importante de personas (90,8%, N= 700) han oído nombrar en alguna ocasión alguno de los siguientes tratamientos: cosméticos, peeling, “botox” o toxina botulínica, relleno de arrugas, mesoterapia, rejuvenecimiento de la piel con láser. En este ítem se pregunta de manera somera y en grupo por estos tratamientos, por lo que las respuestas sólo hacen referencia a que a las personas al menos “les suena” su nombre, sin que necesariamente sepan exactamente para qué están indicados ni cómo se llevan a cabo. Lo que sí parece es que el nombre de los mismos es altamente popular y su nombre se escucha de forma habitual en medios publicitarios y de comunicación, en conversaciones con amigos, o de otros modos.

- Cuando se pregunta de forma específica si se conoce la técnica y el uso concreto de cada uno de estos tratamientos, se observa que el relativo ***a cosméticos*** es bien reconocido por prácticamente la mayoría de la muestra analizada (92,5%, N= 712). Esto puede ser debido al amplio uso de los mismos en la sociedad actual y a su presencia en los medios de comunicación, como anuncios televisivos o revistas, con el apoyo de rostros conocidos de actrices y modelos. A través de estos medios las personas se informan con cierto detalle de las propiedades de una gran variedad de productos y pueden adquirirlos para aplicárselos a sí mismas en sus domicilios.
- En cuanto a las técnicas médicas, ***el peeling médico*** aglutina a más de la mitad de la muestra (57,4%, N= 442). El hecho de que un gran porcentaje de personas aseguren saber en qué consiste, puede deberse a que es la técnica más antigua de las que se mencionan, e incluso existen sustancias que producen un efecto peeling poco agresivo por sus bajas concentraciones en la sustancia ácida activa que pueden tener

uso doméstico o en centros de estética no médicos. Esto puede hacernos ver que de nuevo exista más publicidad, información y uso de la técnica a nivel poblacional.

- **La mesoterapia**, sin embargo, técnica relativamente más moderna en estética (aunque se describiese ya en los años cincuenta su potencial beneficioso) es conocida solo por un tercio de la muestra (36,3%, N=279), lo cual tampoco es un porcentaje despreciable. Esto puede indicar o hacer pensar en la posibilidad de que el dermatólogo informe de las nuevas técnicas que se han incorporado a su trabajo para paliar los efectos de la edad en la piel que parecen menos conocidas por la población.

### **III.3.1.3. Capacidad de discriminación de los ítems. Respuestas con tendencia al techo y suelo**

Las respuestas a los ítems con tendencia al techo y suelo indican una concentración mayor del 15% (valor de referencia)<sup>234,248,249</sup> en las opciones extremas de muchos de ellos. Sin embargo, las respuestas de los ítems incluidos en la tabla 4 se distribuyen en las distintas opciones de respuesta, por lo que gozan de una mayor capacidad de discriminación, es decir, de identificar aspectos en que las personas tienden a percibir la realidad de modo diferente.

Tabla 4. Ítems con mayor capacidad de discriminación por no presentar tendencia de respuesta a techo o suelo.

N- TD: Nunca-Total desacuerdo; AV-D: A veces-Desacuerdo; MV-A: Muchas veces- Acuerdo; S-TA: Siempre-Total Acuerdo.

<b>Ítems con mayor capacidad de discriminación</b> <b>(porcentajes&lt;15% en la opción de respuesta más alta o más baja –techo y suelo-)</b>					
N-TD: Nunca-Total desacuerdo AV-D: A veces-Desacuerdo MV-A: Muchas veces-Acuerdo S-TA: Siempre-Total Acuerdo	Media (SD)	N-TD (%)	AV-D (%)	MV-A (%)	S-TA (%)
<i>“En general, todo me parece interesante”</i>	2,71 (0,73)	2,2	37,5	43,5	13,9
<i>“Tengo buena suerte”</i>	2,42 (0,72)	6,0	51,8	31,3	7,5
<i>“Estoy ilusionado/a”</i>	2,68 (0,70)	2,1	38,4	46,0	11,4
<i>“Se me han abierto muchas puertas en la vida”</i>	2,54 (0,70)	4,0	45,1	39,6	8,2
<i>“Me siento optimista”</i>	2,74 (0,75)	3,5	32,3	46,9	14,5
<i>“Creo que me sucederán cosas agradables”</i>	2,77 (0,69)	1,6	32,5	49,9	13,5
<i>“Me siento en forma”</i>	2,65 (0,79)	5,2	38,6	39,0	14,5
<i>“Siento que todo me va bien”</i>	2,62 (0,70)	2,9	41,2	44,4	9,6
<i>“Aspecto estético-Vida social”</i>	2,67 (0,83)	8,8	29,2	45,8	14,5
<i>“Aspecto estético-Éxito en el trabajo”</i> (variable criterio externa al cuestionario)	2,69 (0,80)	7,5	29,1	47,8	13,5
<i>“ResuDerma-Éxito trabajo”</i>	2,42 (0,86)	14,8	35,8	37,0	9,5
<i>“ResuDerma-Ilusionado/a”</i>	2,61 (0,88)	12,5	27,9	43,0	14,4
<i>“ResuDerma-Mejorar mi salud”</i>	2,64 (0,87)	11,4	26,4	45,2	14,5
<i>“ResuDerma-Gustar Salir”</i>	2,58 (0,89)	13,6	27,9	42,7	13,8

Estos ítems versan fundamentalmente sobre "**Optimismo**" (**Dimensión 1:** *“En general, todo me parece interesante”, “Tengo buena suerte”, “Estoy ilusionado/a”, “Se me han abierto muchas puertas en la vida”, Me siento optimista”, “Creo que me sucederán cosas agradables”, “Siento que todo me va bien”, “Los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a sentirme más ilusionado/a”*), "**Afecto**" (**Dimensión 2:** *“Me parece importante el buen aspecto estético de mi piel para tener una vida social positiva (familia y amigos)”, “Los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a que me guste más salir y ver gente”*), "**Percepción de salud y funciones básicas**" (**Dimensión 5:** *“Me siento en forma”, “Los resultados de la Dermatología*

*Estética pueden ayudarme a sentirme con mejor salud”), y "Percepción de la eficacia de los tratamiento de Dermatología Estética" (Dimensión 9: "Los tratamientos de Dermatología Estética pueden ayudarme a conseguir éxito en el trabajo").*

#### III.3.1.4. Análisis Factorial (validez de constructo)

El análisis factorial realizado con 50 ítems tras eliminar del análisis los ocho ítems que no cumplían los criterios de simetría y curtosis, produjo inicialmente diez factores en la matriz de configuración a partir de los autovalores iniciales (medida de adecuación muestral de KMO=0,91, test de esfericidad de Bartlett  $p<0,000$ ), que explican el 62,55% de la varianza. Dado el amplio número de factores y que a partir del número seis explica cada uno de ellos menos del 4,5% de la varianza, se estimó conveniente realizar un nuevo análisis factorial con seis factores (medida de adecuación muestral de KMO=0,91 y test de esfericidad de Bartlett  $p<0,000$ ). Éstos explican en conjunto el 53,91% de la varianza. Los ítems se distribuyen entre los seis factores indicados con una saturación factorial igual o superior a 0,30 en alguno de ellos. El ítem, “*Duermo bien y de forma tranquila*” no alcanzó ese nivel en ninguno de los factores, por lo que se eliminó del análisis (datos descriptivos del ítem: 66,7% "Muchas veces"+"Siempre"; media 2,89,  $Sx=0,84$ ). Por tanto, el número de ítems incluido finalmente en el análisis factorial es 49.

El **primer factor**, denominado “**Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)**” hace referencia al grado en que la persona percibe que la Dermatología Estética puede ayudarle a sentirse mejor consigo misma y con los demás; explica el 19,84% de la varianza. Contiene 13 ítems, con el siguiente orden según su saturación

factorial: *“Los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a: ...realizar mi trabajo y tareas con más ánimo”, ...tener más ganas de vivir”, ...tener mejor humor”, ...que me guste salir y ver gente”, ...sentirme más ilusionado/a”, ...ver el lado favorable de las cosas”, ...sentirme más capaz de superar mis errores y debilidades”, ...mejorar mi relación de pareja”, ...que se me abran muchas puertas en mi vida”, ...mejorar mis relaciones sociales (familia y amigos)”, ...aumentar mi éxito en el trabajo”, ...sentirme con mejor salud”, ...sentirme mejor y más seguro conmigo mismo/a”.*

El **segundo factor**, denominado **“Autoestima y Asertividad (AA)”**, explica el 9,39% de la varianza. Está configurado por 11 ítems, que se incluyen a continuación según su orden de saturación en el factor: *“Tengo confianza en mí mismo/a”, “Creo que valgo tanto como cualquier otra persona”, “Me siento capaz de realizar mi trabajo”, “Creo que puedo superar mis errores y debilidades”, “Me concentro con facilidad en lo que estoy haciendo”, “Afronto mi trabajo y tareas con buen ánimo”, “Me creo útil y necesario/a para la gente”, “Me gusta lo que hago”, “Me siento bien conmigo mismo/a”, “Creo que como persona, hasta hoy, he logrado lo que quería” y “Me siento en forma”.*

El **tercer factor**, denominado **“Optimismo (O)”**, explica el 8,21% de la varianza. Está configurado por 8 ítems que reflejan un estado emocional positivo del sujeto; se indican a continuación por orden de saturación factorial: *“Tengo buena suerte”, “Se me han abierto muchas puertas en mi vida”, “Estoy ilusionado/a”, “Siento que todo me va bien”, “Me siento optimista”, “Creo que me sucederán cosas agradables”, “Acostumbro a ver el lado favorable de las cosas”, y “En general, todo me parece interesante”.*



El **cuarto factor**, denominado “*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)*”, explica el 5,99% de la varianza y reúne 6 ítems que aportan información sobre el grado de conocimiento de la población general acerca de tratamientos estéticos de la piel y sobre el grado de preocupación o interés por el aspecto estético de la piel; su orden de saturación en el factor es el siguiente: “*Sé en qué consisten los rellenos inyectables para arrugas*”, “*Sé en qué consiste el tratamiento con “botox” o toxina botulínica*”, “*Sé en qué consiste el rejuvenecimiento de la piel con láser*”, “*He pensado alguna vez en hacerme algún tratamiento estético*”, “*Los tratamientos de Dermatología Estética no sólo corrigen defectos estéticos, también ayudan a prevenir el envejecimiento y preservar las funciones de la piel*” y “*Realizaría algún tratamiento estético si mi dermatólogo me lo aconsejase*”.

El **quinto factor**, denominado “*Motivación (M)*”, explica el 5,92% de la varianza y reúne 7 ítems que reflejan la capacidad de relajación mental del individuo, de disfrutar y de mostrar buen humor; su orden de saturación es el siguiente: “*Me gusta divertirme*”, “*Me gusta salir y ver a la gente*”, “*Me siento jovial*”, “*Busco momentos de distracción y descanso*”, “*Creo que generalmente tengo buen humor*”, “*Me gusta transmitir felicidad a los demás*” y “*Disfruto de las comidas*”.

El **sexto factor**, denominado “*Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)*”, explica el 4,54% de la varianza y reúne 4 ítems que aportan información sobre la importancia, preocupación o valor que da el sujeto al aspecto estético de su piel en distintos aspectos y relaciones de su vida; éstos son, por orden de saturación: “*Me parece importante el buen aspecto estético de mi piel para... ..tener una buena*

*relación de pareja”, ...desarrollar un buen concepto de mí mismo/a”, “Me preocupa el aspecto estético de mi piel” y “Me parece importante el buen aspecto estético de mi piel para tener una vida social (familia y amigos) positiva”.*

La tabla 5 muestra los resultados del análisis factorial, con la varianza explicada por cada factor, los pesos de saturación de cada uno de los ítems en los factores y la fiabilidad de los factores calculada con Alfa de Cronbach.

Tabla 5. Estructura factorial del cuestionario

<b>Estructura Factorial del Cuestionario</b>						
	<b>Factor 1 RPDE</b>	<b>Factor 2 AA</b>	<b>Factor 3 O</b>	<b>Factor 4 CADE</b>	<b>Factor 5 M</b>	<b>Factor 6 IAEP</b>
<b>Nº Items Factor:</b>	13	11	8	6	7	4
<b>% VarianTotal ExplicFactor % Varianza Expli Total: 53,91</b>	19.84%	9.39%	8.21%	5.99%	5.92%	4.54%
<b>Alfa Cronbach Factor Alfa Cronbach Total : 0.90 (49 items, N=634, 82.3%)</b>	$\alpha$ .95 N=712, 92,5%	$\alpha$ .83 N:700, 90,9%	$\alpha$ .85 N:706, 91,7%	$\alpha$ .79 N:712, 92,5%	$\alpha$ .73 N:717, 93,1%	$\alpha$ .81 N:738, 95,8%
<b>Items</b>	<b>Saturación</b>					
ResulDEAnimoTrabajoTareas	0,870					
ResulDEAyudaVivir	0,866					
ResulDEAyudaHumor	0,866					
ResulDEAyudaSalir	0,849					
ResulDEAyudaIlusión	0,841					
ResulDEAyudaVerFavorable	0,832					
ResulDEAyudaErrores	0,818					
ResulDERelaciónPareja	0,796					
ResulDEAyudaPuertas	0,782					
ResulDERelacionesSociales	0,763					
ResulDEExitoTrabajo	0,750					
ResulDEMejorSalud	0,718					
ResulDESeguroConmigo	0,679					
TengoConfianzaMiMismo		0,714				
ValgoTantoOtros		0,647				
SientoCapazTrabajo		0,629				
CapazSuperarErrores		0,587				
MeConcentroFácil		0,564				
TrabajoConÁnimo		0,559				
MeCreoÚtilNecesario		0,521				
MeGustaHago		0,521				
MeSientoBienConmigo		0,502				
HeLogradoQuería		0,466				
SientoEnForma		0,404				
TengoBuenaSuerte			0,740			
SeMeHanAbiertoPuertas			0,728			
EstoyIlusionado/a			0,634			
SientoTodoVa Bien			0,625			
MeSientoOptimista			0,583			
SucederanCosasAgradables			0,505			
VerLadoFavorableCosas			0,492			
VeoTodoInteresante			0,416			
SéRellenos				0,801		
SéBotox				0,762		
SéLáser				0,747		
PensadoHacerTratamiento				0,525		
CreoTratamPrevienen				0,498		
TratamSiDermatóloAcons				0,484		
MeGustaDivertirme					0,729	
MeGustaSalir					0,678	
MeSientoJovial					0,636	
BuscoDescansoDistracción					0,489	
TengoBuenHumor					0,450	
TrasmitirFelicidad					0,422	
DisfrutoComidas					0,372	
AspectEstecPielRelaPareja						0,703
ImporPielParaAutoconce						0,698
PreocupaAspctEsteticPiel						0,665
AspectEstecPielVidaSocial						0,624

**Ítems del Factor 1:** “los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a: ... realizar mi trabajo y tareas con más ánimo” (ítem núm. 56), ...tener más ganas de vivir” (ítem núm. 55), ...tener mejor humor” (ítem núm. 58), ...que me guste salir y ver gente” (ítem núm. 57), ...sentirme más ilusionado/a” (ítem núm. 51), ...ver el lado favorable de las cosas” (ítem núm. 50), ...sentirme más capaz de superar mis errores y debilidades” (ítem núm. 54), ...mejorar mi relación de pareja” (ítem núm. 47), ...que se abran muchas puertas en mi vida” (ítem núm. 52), ...mejorar mis relaciones sociales (familia y amigos)” (ítem núm. 48), ...aumentar mi éxito en el trabajo” (ítem núm. 49), ...sentirme con mejor salud” (ítem núm. 53), ...sentirme mejor y más seguro conmigo mismo/a” (ítem núm. 46).

**Ítems del Factor 2:** “tengo confianza en mí mismo/a” (ítem núm. 29), “creo que valgo tanto como cualquier otra persona” (ítem núm. 17), “me siento capaz de realizar mi trabajo” (ítem núm. 12), “creo que puedo superar mis errores y debilidades” (ítem núm. 18), “me concentro con facilidad en lo que estoy haciendo” (ítem núm. 26),

“afronto mi trabajo y tareas con buen ánimo” (ítem núm. 22), “me creo útil y necesario/a para la gente” (ítem núm. 14), “me gusta lo que hago” (ítem núm. 23), “me siento bien conmigo mismo/a” (ítem núm. 3), “creo que como persona he logrado lo que quería” (ítem núm. 16) y “me siento en forma” (ítem núm. 20).

**Ítems del factor 3:** “tengo buena suerte” (ítem núm. 8), “se me han abierto muchas puertas en mi vida” (ítem núm. 10), “estoy ilusionado/a” (ítem núm. 9), “siento que todo me va bien” (ítem núm. 28), “me siento optimista” (ítem núm. 11), “creo que me sucederán cosas agradables” (ítem núm. 15), “acostumbro a ver el lado favorable de las cosas” (ítem núm. 1), y “en general, todo me parece interesante” (ítem núm. 4).

**Ítems del factor 4:** “sé en qué consisten los “rellenos” inyectables para arrugas” (ítem núm. 40), “sé en qué consiste el tratamiento con “botox” o toxina botulínica” (ítem núm. 42), “sé en qué consiste el rejuvenecimiento de la piel con láser” (ítem núm. 39), “he pensado alguna vez en hacerme algún tratamiento estético” (ítem núm. 43), “los tratamientos de Dermatología Estética no sólo corrigen defectos estéticos, también ayudan a prevenir el envejecimiento y preservar las funciones de la piel” (ítem núm. 45) y “realizaría algún tratamiento estético si mi Dermatólogo/a me lo aconsejase” (ítem núm. 44).

**Ítems del factor 5:** “me gusta divertirme” (ítem núm. 5), “me gusta salir y ver a la gente” (ítem núm. 25), “me siento jovial” (ítem núm. 6), “busco momentos de distracción y descanso” (ítem núm. 7), “creo que, generalmente, tengo buen humor” (ítem núm. 27), “me gusta transmitir mi felicidad a los demás” (ítem núm. 2) y “disfrute de las comidas” (ítem núm. 24).

**Ítems del factor 6:** “Me parece importante el buen aspecto estético de mi piel para: ...tener una buena relación de pareja” (ítem núm. 32), ...desarrollar un buen concepto de mí mismo” (ítem núm. 31), “me preocupa el aspecto estético de mi piel” (ítem núm. 30) y ...tener una vida social (familia y amigos) positiva” (ítem núm. 33).

La estructura factorial obtenida en el cuestionario permite responder al Objetivo 1:

"Identificar la estructura interna de un cuestionario diseñado para conocer la percepción de la población general sobre su estado de bienestar personal y emocional y sobre cómo puede contribuir la Dermatología Estética a dicho bienestar", y afirmar la *Hipótesis 1* que sostiene que "el cuestionario diseñado confirmará una estructura factorial compuesta por factores relacionados, por una parte, con la percepción del bienestar personal emocional y, por otra, con aspectos asociados a la Dermatología Estética y a la percepción de su contribución a dicho bienestar emocional".

### III.3.1.5. Análisis Factorial Confirmatorio

Tras efectuar el análisis factorial exploratorio se procedió a realizar un análisis factorial confirmatorio (AFC)<sup>235</sup> con el programa LISREL 8.80<sup>236</sup>. Se valoraron los presupuestos previos para poder estimar los parámetros en la matriz de varianza-covarianza con el método de Máxima Verosimilitud (MV): los casos perdidos se controlaron con los

análisis disponibles (por ejemplo, *listwise deletion*) y todas las variables introducidas en el análisis puede considerarse que cumplen los supuestos de normalidad (los valores de asimetría se encontraban en los límites recomendados (-1 ; +1)). Por tanto, se procedió a realizar la estimación de máxima verosimilitud. El análisis evaluó tres modelos de medida diferentes con seis factores y 49 ítems: M1) factores ortogonales, no correlacionados ( $\psi_{g,g'}=0$ ) y errores de medida no correlacionados ( $\rho_{\varepsilon g, \varepsilon g'}=0$ ), M2) factores correlacionados ( $\psi_{g,g'} \neq 0$ ) y errores no correlacionados ( $\rho_{\varepsilon g, \varepsilon g'} = 0$ ) y M3) factores correlacionados ( $\psi_{g,g'} \neq 0$ ) y errores correlacionados ( $\rho_{\varepsilon g, \varepsilon g'} \neq 0$ ).

El análisis de los índices de ajuste [ $\chi^2 / df = 4,66$ ; RMSEA= 0,084 (90<sup>th</sup> C.I. 0,082-0,086); SRMR= 0,16; CFI= 0,91; NNFI= 0,91; ECVI= 10,11] mostró que la estructura factorial del modelo M1 con factores no correlacionados debía ser rechazada estadísticamente. A pesar de que todos los índices obtenidos se encontraban por debajo de los valores recomendados, el modelo M1 constituye una base sólida para poder seguir explorando las relaciones entre las variables e identificar otro posible modelo de ajuste más robusto y completo. Así, el modelo con factores correlacionados (M2) mostró una estructura factorial con resultados estadísticamente más sólidos y significativos que el modelo M1; los índices de ajuste calculados obtuvieron los siguientes valores:  $\chi^2 / df = 3,85$ , RMSEA= 0,077 (90<sup>th</sup> C.I. .074-.079); SRMR= 0,081; CFI= 0,92; NNFI= 0,94; ECVI= 8,76. Estos valores obtenidos, no obstante, no son estadísticamente satisfactorios, lo que lleva a explorar un nuevo modelo. El modelo M3 sí obtiene índices de ajuste adecuados [ $\chi^2 / df = 2,39$ ; RMSEA= 0,048 (90<sup>th</sup> C.I. 0,046-0,51); SRMR= 0,077; CFI= 0,97; NNFI= 0,97; ECVI= 4,8] y confirma la aceptación del modelo de medida de factores correlacionados y de errores estandarizados también correlacionados (ver figura 9). La media de los factores ( $\lambda_{i,j}$ ) fue 0,51 (rango 0,79–0,22)

y la de los errores estandarizados (S.E.) 0,030 (rango 0,022–0,044). La inclusión de los errores de co-varianza en el modelo final se realizó con base en los siguientes resultados: 1) los parámetros no alteraron la estructura de los  $\lambda$  parámetros hipotetizados previamente por los modelos M1 y M2<sup>250</sup>; 2) se trataba fundamentalmente de errores intra-factor y esta solución se asemeja a la distribución de errores no aleatorios generados por las características específicas de la muestra; 3) entre las 1,176 hipotéticas posibles covariaciones de los errores de los ítems, solo se tuvieron en cuenta 20 (1,70%).

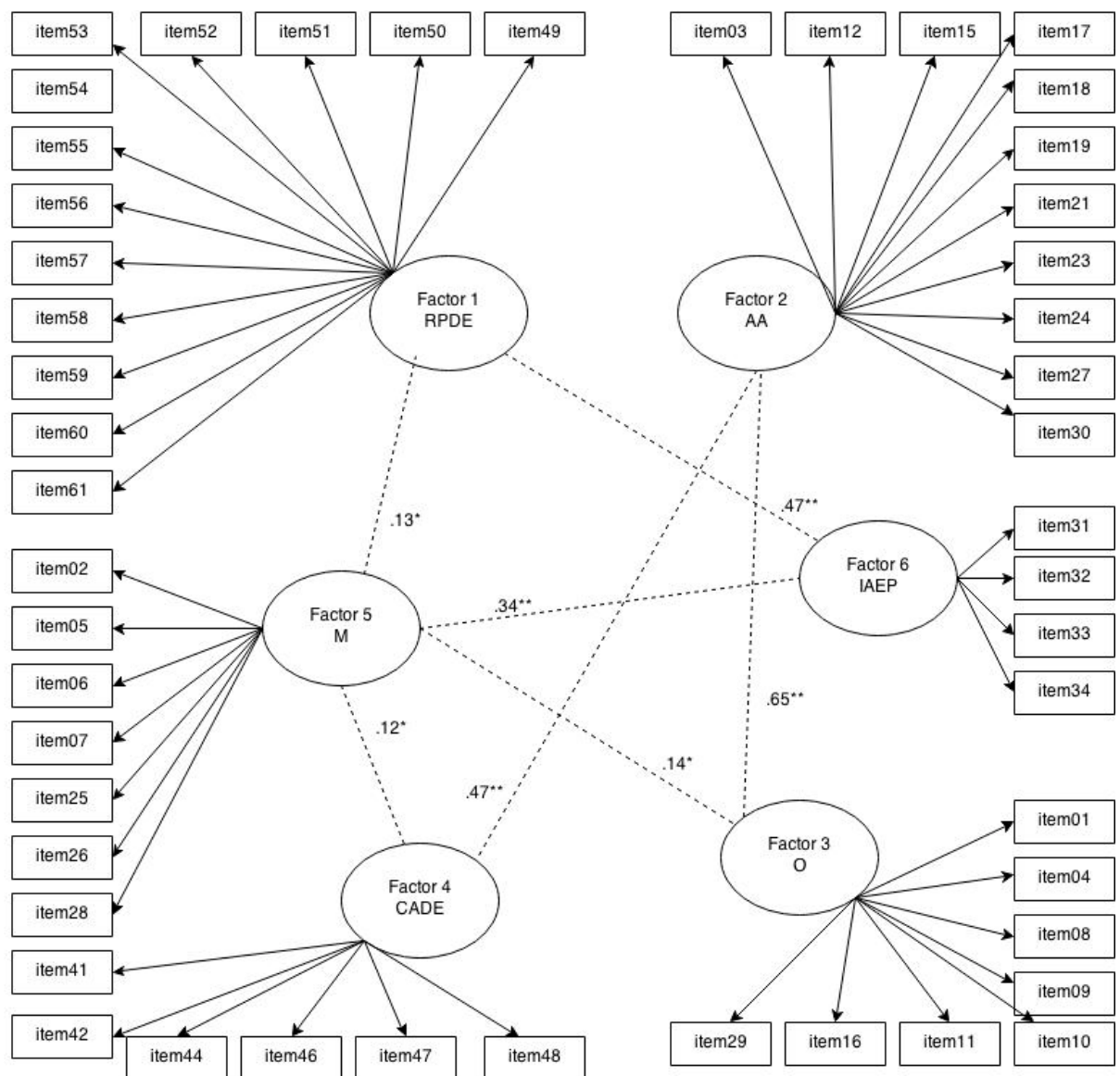


Figura 9. Resultados del análisis factorial confirmatorio (solo se han seleccionado las relaciones entre factores que han resultado estadísticamente significativas, \*  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ). Elaboración propia

### III.3.1.6. Análisis correlacional entre factores

Con el fin de explorar las posibles relaciones estadísticamente significativas que se producen entre los factores identificados en la estructura del cuestionario, se han calculado las correlaciones bivariadas entre ellos a través del coeficiente de Pearson (CP). Los resultados obtenidos se resumen en la tabla 6.

Tabla 6. Correlaciones entre los factores del cuestionario

		FACTOR 1 RPDE	FACTOR 2 AA	FACTOR 3 O	FACTOR 4 CADE	FACTOR 5 M	FACTOR 6 IAEP
FACTOR 1 Resultados percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	C.P. Sig. N	1 712	-0,054 0,164 675	-0,012 0,762 684	0,386(**) 0,000 684	0,010 0,785 690	0,584(**) 0,000 700
FACTOR 2 Autoestima y Asertividad (AA)	C.P. Sig. N	-0,054 0,0164 675	1 700	0,678(**) 0,000 683	0,101(**) 0,008 675	0,514(**) 0,000 687	-0,010 0,790 687
FACTOR 3 Optimismo (O)	C.P. Sig. N	-0,012 0,762 684	0,678(**) 0,000 683	1 706	0,101(**) 0,008 684	0,572(**) 0,000 693	0,025 0,505 691
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	C.P. Sig. N	0,386(**) 0,000 684	0,101(**) 0,008 675	0,101(**) 0,008 684	1 712	0,090(*) 0,019 685	0,237(**) 0,000 697
FACTOR 5 Motivación (M)	C.P. Sig. N	0,010 0,785 690	0,514(**) 0,000 687	0,572(**) 0,000 693	0,090(*) 0,019 685	1 717	0,067 0,077 701
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	C.P. Sig. N	0,584(**) 0,000 700	-0,010 0,790 687	0,025 0,505 691	0,237(**) 0,000 697	0,067 0,077 701	1 738

\*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados indican la existencia de correlaciones importantes y significativas entre los factores vinculados a la Dermatología Estética, por una parte, y entre los factores vinculados al bienestar emocional, por otro.



El análisis más detallado de los valores obtenidos indica la siguiente tendencia en las relaciones:

- Los “*Resultados percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)*” (Factor 1) guardan relación con la “*Importancia que se le dé al Aspecto Estético de la Piel (IAEP)*” (Factor 6) ( $r=0,584$ ;  $p\leq 0,00$  bilateral) y con el “*Conocimiento y Actitud que tengan las personas hacia esta especialidad médica (CADE)*” (Factor 4) ( $r=0,386$ ;  $p\leq 0,00$  bilateral). Esto indica que las personas que perciben en positivo los resultados de la Dermatología Estética sobre su bienestar emocional, son las que tienden también a conceder más importancia al aspecto estético de la piel para afrontar su día a día y las que tienen más información y conocimiento sobre sus tratamientos, así como una actitud más positiva hacia los mismos.
- La “*Autoestima y Asertividad (AA)*” (Factor 2) correlaciona alto con “*Optimismo (O)*” (Factor 3) ( $r=0,678$ ;  $p\leq 0,00$  bilateral) y con “*Motivación (M)*” (Factor 5) ( $r=0,514$ ;  $p\leq 0,00$  bilateral), y algo más bajo, pero también significativamente, con “*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)*” (Factor 4) ( $r=0,101$ ;  $p\leq 0,00$  bilateral). Por su parte, el “*Optimismo (O)*” (Factor 3) correlaciona también alto con “*Motivación (M)*” (Factor 5) ( $r=0,572$ ;  $p\leq 0,00$  bilateral), y algo más bajo, pero también significativamente, con “*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)*” (Factor 4) ( $r=0,101$ ;  $p\leq 0,00$  bilateral). Y la “*Motivación*” (Factor 5) correlaciona significativamente también con “*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)*” (Factor 4) ( $r=0,09$ ;  $p\leq 0,01$  bilateral). De modo, que cuanto mayor autoestima y más seguridad tiene una persona consigo misma, más optimista y más motivada tiende a ser (le gusta divertirse, tienen buen humor...), y también tiende a interesarse más por la

Dermatología Estética y por sus tratamientos. Dicho de otro modo, las personas con mejor actitud hacia la Dermatología Estética, tienden a ser más asertivas, más optimistas, más motivadas, y a tener mejor autoestima.

- Por otra parte, el “*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)*” (Factor 4) correlaciona también con la “*Importancia del aspecto estético de la piel (IAEP)*” (Factor 6) ( $r=0,237$ ;  $p\leq 0,00$  bilateral). Es decir, cuanta más información tienen las personas sobre los tratamientos de Dermatología Estética (por ejemplo, saben en qué consiste técnicamente un relleno para arrugas, el tratamiento para arrugas con toxina botulínica o el rejuvenecimiento de la piel con láser) y tienen una actitud más positiva hacia los mismos (por ejemplo, han pensado en hacerse alguno, piensan que además de prevenir el envejecimiento son óptimos para preservar las funciones de la piel o realizarían estos tratamientos si su dermatólogo se lo aconsejase), más importancia tienden a dar al aspecto estético de la piel, a preocuparse por él y a cuidarse, y viceversa.

### III.3.1.7. Fiabilidad o Consistencia Interna

El índice de consistencia interna alfa de Cronbach alcanzó un valor muy óptimo de 0,90 para el total del cuestionario (49 ítems,  $N=634$ , 82,3% de la muestra). Los valores de correlación ítem-total oscilaron entre 0,589 el más alto (para el ítem “*Los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a ver el lado favorable de las cosas*”) y 0,133 el más bajo (para el ítem “*Disfruto de las comidas*”). Todos estos 49 ítems fueron contestados, al menos, por el 96,6% de las personas, lo que indica que los valores obtenidos representan bien a la muestra.

El valor Alfa de Cronbach para el Factor 1-“*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)*”, fue de 0,95 (13 ítems; N=712; 92,5% de la muestra), oscilando los valores de las correlaciones ítem-total entre 0,83 para el ítem “*Los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a sentirme más ilusionado/a*” y 0,68 para el ítem “*Los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a sentirme mejor y más seguro/a conmigo mismo/a*”.

El valor Alfa de Cronbach para el Factor 2-“*Autoestima y Asertividad (AA)*” fue de 0,83 (11 ítems, N= 700; 90,9% de la muestra), oscilando los valores de las correlaciones ítem-total entre 0,68 para el ítem “*Tengo confianza en mí mismo/a*” y 0,40 para el ítem “*Me siento en forma*”.

El valor Alfa de Cronbach para el Factor 3-“*Optimismo(O)*” fue de 0,85 (8 ítems; N=706; 91,7% de la muestra), oscilando los valores de las correlaciones ítem-total entre 0,70 para el ítem “*Me siento optimista*” y 0,37 para el ítem “*En general, todo me parece interesante*”.

El valor Alfa de Cronbach para el Factor 4-“*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)*” fue de 0,79 (6 ítems, N=712; 92,5% de la muestra), oscilando los valores de las correlaciones ítem-total entre 0,61 para el ítem “*Sé en qué consisten los “rellenos” inyectables para arrugas*” y 0,49 para el ítem “*Los tratamientos de Dermatología Estética no sólo corrigen defectos estéticos, sino que también ayudan a prevenir el envejecimiento y preservar las funciones de la piel*”.

El valor Alfa de Cronbach para el Factor 5-“*Motivación (M)*” fue de 0,73 (7 ítems, N=717, 93,1% de la muestra), oscilando los valores de las correlaciones ítem-total entre 0,58 para el ítem “*Me siento jovial*” y 0,30 para el ítem “*Disfruto con las comidas*”.

El valor Alfa de Cronbach para el Factor 6-“*Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)*” fue de 0,81 (4 ítems, N= 738; 95,8% de la muestra), oscilando los valores de las correlaciones ítem-total entre 0,70 para el ítem “*Me parece importante el buen aspecto estético de mi piel para tener una buena relación de pareja*” y 0,50 para el ítem “*Me preocupa el aspecto estético de mi piel*”.

Los valores obtenidos indican que el cuestionario tiene un alto valor de fiabilidad o de consistencia interna, tanto en su conjunto como en cada uno de los factores seleccionados. Por otra parte, dentro de cada factor los ítems que contienen guardan buena relación entre ellos.

### III.3.1.8. Validez Concurrente o de Criterio

Los valores de *la validez concurrente o de criterio* resultaron del siguiente modo respecto a las variables externas que se toman como referencia:

- “*Creo que tengo buena salud*” obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de 0,34 ( $p \leq 0,00$  bilateral) para el Factor 2-“*Autoestima y Asertividad (AA)*”, de 0,33

( $p \leq 0,00$  bilateral) para el Factor 3-“*Optimismo (O)*” y de 0,32 ( $p \leq 0,00$  bilateral) para el Factor 5-“*Motivación (M)*”.

Es decir, las personas que se creen con buena salud, puntúan alto en asertividad, autoestima, optimismo y motivación; o lo que es lo mismo, estas actitudes personales se asocian con la percepción de buena salud. Este resultado permite responder al Objetivo 2: "Analizar si las personas de la población general establecen alguna relación entre el estado de bienestar personal y emocional y el estado de salud" y confirmar la *Hipótesis 2*: "Se espera que los resultados obtenidos confirmen la existencia de una relación entre la percepción del estado de bienestar personal y emocional y la percepción del estado de salud".

- “*Me parece importante el buen aspecto estético de mi piel para tener éxito en el trabajo*” obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de 0,54 ( $p \leq 0,00$  bilateral) para el Factor 1-“*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)*”; de 0,12 ( $p \leq 0,00$  bilateral) para el Factor 4-“*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)*”, y de 0,43 ( $p \leq 0,00$  bilateral) para el Factor 6 - “*Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)*”.

Es decir, las personas a las que el buen aspecto estético de la piel les parece importante para tener éxito en el trabajo, también dan importancia al aspecto estético de la piel en general, están más informadas sobre la Dermatología Estética, y tienen una actitud positiva hacia ella (por ejemplo, han pensado alguna vez en hacer alguno de sus tratamientos y valoran sus resultados).

- “*Opino que los tratamientos estéticos (peeling, láser, rellenos...) realmente mejoran el aspecto estético de las personas*” obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de 0,43 ( $p \leq 0,00$  bilateral) para el Factor 1-“*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)*”; de 0,58 ( $p \leq 0,00$  bilateral) para el Factor 4-

“*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)*”, y de 0,264 ( $p \leq 0,00$  bilateral) para el Factor 6-“*Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)*”.

De modo, que quienes opinan que los tratamientos de Dermatología Estética realmente mejoran el aspecto estético de las personas, lo hacen porque están informados sobre ellos, le dan valor a sus resultados y al aspecto estético de la piel y tienen, por tanto, una actitud positiva hacia la Dermatología Estética (por ejemplo, han pensado alguna vez en realizar estos tratamientos).

Los resultados obtenidos en estos análisis permiten responder al Objetivo 3: "Analizar si las personas consideran que la estética de la piel es importante para tener éxito en el trabajo y si los efectos de los tratamientos de Dermatología Estética pueden contribuir a favorecer tanto la estética de la piel como dicho éxito en el trabajo" y confirmar la *Hipótesis 3*: "Se espera que los resultados obtenidos confirmen la existencia de la percepción de que los efectos de los tratamientos de Dermatología Estética pueden contribuir a favorecer tanto la estética de la piel como el éxito en el trabajo".

## Dermatología Estética y Bienestar Emocional: Resultados

1. **Datos perdidos** (no contestan): se mantienen todos los ítems.
2. **Asimetría y curtosis**: Se eliminan 8 ítems.
3. Ítems con mayor capacidad de **Discriminación**: 14 ítems.
4. Análisis de **VALIDEZ DE CONSTRUCTO**: Análisis Factorial Exploratorio (Factorización de Ejes Principales, rotación Varimax, Kaiser-Meyer- Olkim (KMO) y el Test de Esfericidad de Barlett) y Confirmatorio (AFC).



**6 factores explican 53,91% de la varianza y AFC confirma la aceptación:**  
**RPDE (Resultados Percibidos de la Dermatología Estética), AA (Autoestima y Asertividad), O (Optimismo), CADE (Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética), M (Motivación), IAEP (Importancia del Aspecto Estético de la Piel)**

5. **FIABILIDAD**: Alfa de Cronbach (0,90) (>0,73 en todos los factores), **correlación ítem-total corregido**. **Correlación entre los factores**. Elevada consistencia interna.
6. **VALIDEZ DE CRITERIO CONCURRENTES** respecto a la variable de referencia externa: coeficiente de correlación de **Pearson**. **Óptima**.

Figura 10: Esquema de los análisis y resultados en el análisis factorial. Elaboración propia

### **III.3.2. ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN SOBRE LA DERMATOLOGÍA ESTÉTICA EN FUNCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS**

Para efectuar el análisis de la percepción de la población general sobre la Dermatología Estética tomando en consideración variables socio-demográficas dicotómicas (sexo, si se ha sido paciente de Dermatología o no por alguna patología, si se tiene una profesión de responsabilidad o no, así como de cara al público o no) y politómicas (edad, nivel de estudios, etc.), se utilizó, respectivamente, la *t* de Student para muestras independientes y el modelo de ANOVA de un factor, estudiando posteriormente las diferencias significativas entre los grupos con el método de Scheffé.

#### **III.3.2.1. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética y del bienestar emocional en función del Sexo**

Este análisis permitirá responder al Objetivo 5. "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y del bienestar emocional de las personas, en función del Sexo".

Los resultados obtenidos sobre los factores del cuestionario en función del sexo se resumen en la tabla 7.



Tabla 7. Diferencias en los Factores del Cuestionario sobre Dermatología Estética y su relación con el Bienestar Personal Emocional (DEBIE) en función del sexo.

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas por SEXO: H (HOMBRE) Y M (MUJER)					
N=Número de sujetos; T=Total; M=Mujer; H=Hombre; Sx=Desviación típica; t=t de Student	Descriptivos			t (M-H) Prob	Interpretación
Factores	N T, M, H	Medias T, M, H	Sx T, M, H	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	707T 507M 200H	2,46T 2,52M 2,31H	,44T ,44M ,44H	705N 3,43t 0,001p	Las mujeres perciben más que los hombres los resultados positivos de la Dermatología Estética
FACTOR 2 Autoestima y Asertividad (AA)	694T 498M 196H	2,99T 2,96M 3,07H	,50T ,51M ,46H	6,92N -2,82t 0,005p	Los hombres tienen mayor asertividad y autoestima que las mujeres
FACTOR 3 Optimismo (O)	701T 504M 197H	2,66T 2,63M 2,73H	,65T ,65M ,59H	6,99N -2,36t 0,018p	Los hombres son más optimistas que las mujeres
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	707T 506M 201H	2,65T 2,75M 2,41H	,43T ,44M ,42H	692N 6,32t 0,000p	Las mujeres tienen mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética que los hombres
FACTOR 5 Motivación (M)	712T 512M 200H	3,19T 3,19M 3,17H	,43T ,44M ,42H	0,601t 0,548p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	732T 522M 210H	2,93T 2,97M 2,81H	,62T ,61M ,62H	730N 3,22t 0,001p	Las mujeres le conceden más importancia al aspecto estético de la piel que los hombres

Los resultados indican que el sexo ejerce diferencias estadísticamente significativas en todos los factores analizados, a excepción del Factor 5-*Motivación (M)*, en que hombres y mujeres tienden a comportarse de un modo similar.

En los factores referidos a **bienestar personal emocional** como *Autoestima* y *Asertividad(AA)* (Factor 2) y *Optimismo (O)* (Factor 3), se obtiene que los hombres presentan mayor asertividad y autoestima ( $t_{(692)} = -2,82$ ;  $p=0,005$ ) y se perciben más optimistas que las mujeres ( $t_{(699)} = -2,36$ ;  $p=0,018$ ). Es decir, se muestran más seguros de sí mismos, se perciben de un modo positivo y afrontan la vida de manera más optimista que las mujeres.

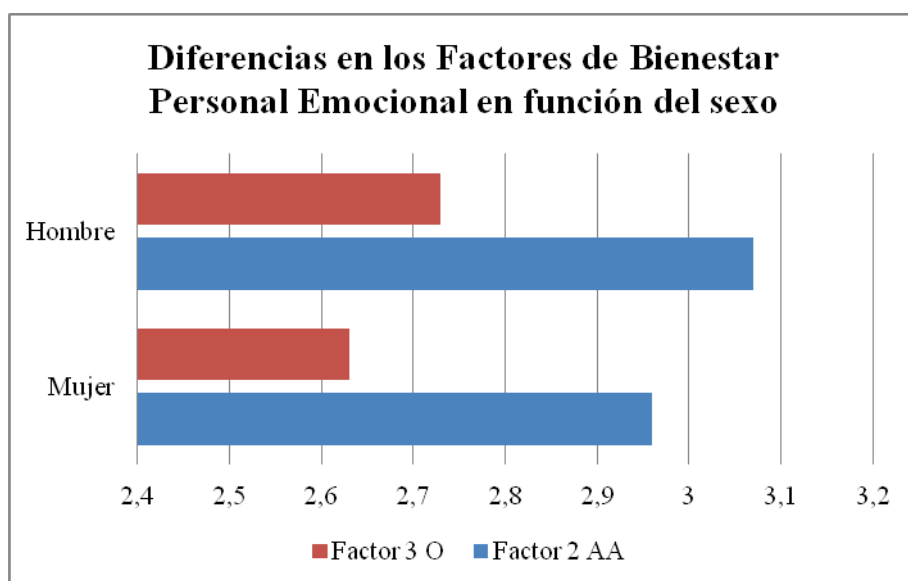


Gráfico 9. Diferencias en las puntuaciones medias de los Factores de Bienestar Personal Emocional en función del Sexo

Sin embargo, en los factores relacionados con la Dermatología Estética, destacan las mujeres sobre los hombres porque ellas perciben significativamente más que ellos los efectos positivos de la Dermatología Estética (RPDE) (Factor 1) ( $t_{(705)} = 3,43$ ;  $p = 0,001$ ), tienen más información y una actitud más favorable hacia ella (CADE) (Factor 4) ( $t_{(692)} = 6,32$ ;  $p = 0,000$ ), y le dan más importancia al aspecto estético de la piel (IAEP) (Factor 6) ( $t_{(730)} = 3,22$ ;  $p = 0,001$ ).

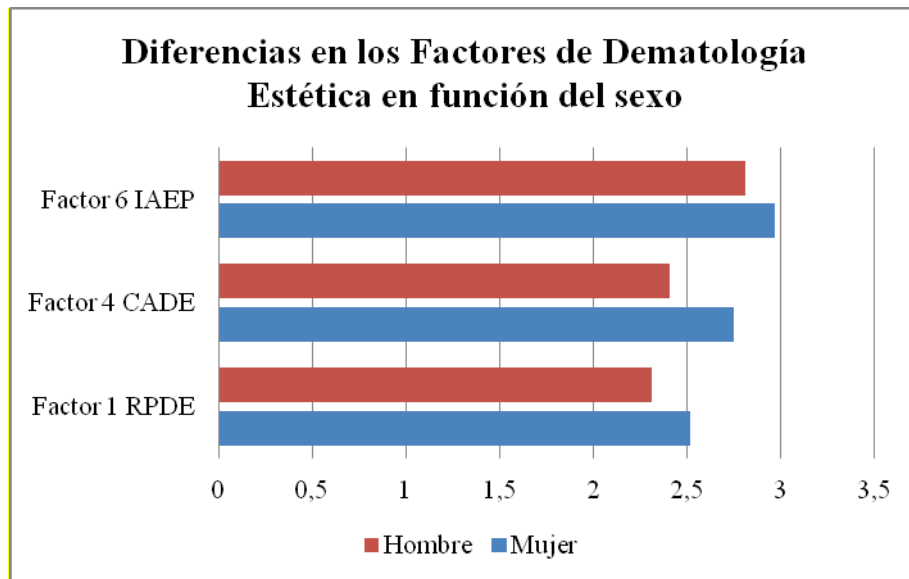


Gráfico 10. Diferencias en las puntuaciones medias de los Factores de Dermatología Estética en función del sexo

De acuerdo con estos resultados, se confirma solo parcialmente la hipótesis 5 que plantea que "las mujeres que han participado en esta investigación tendrán menor grado de bienestar emocional que los hombres y estarán más preocupadas que ellos por el aspecto estético de su piel". Los hombres se perciben a sí mismos con un adecuado grado de autoestima, asertividad y optimismo, mientras que las mujeres dudan más al respecto. Sin embargo, ambos consideran por igual que tienen niveles adecuados de motivación.

Por otra parte, sí se confirma con claridad la segunda parte de la hipótesis 5 que plantea que "las mujeres están más preocupadas que los hombres por el aspecto estético de la piel, conocen más y tienen una actitud más positiva que ellos hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos".

### **III.3.2.2. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética y del bienestar emocional en función de ser o no ser Paciente de Dermatología por alguna patología**

Este análisis permite responder al **Objetivo 6:** "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función de **ser o no ser paciente de Dermatología por alguna patología**".

Los resultados obtenidos al realizar análisis diferenciales sobre los factores en función de que las personas hayan sido pacientes o no de Dermatología por alguna patología cutánea, se resumen en la tabla 8.

Tabla 8. Diferencias en los Factores del Cuestionario en función de haber sido paciente o no de Dermatología por alguna patología cutánea

<b>Factores Cuestionario DEBIE</b>					
<b>Diferencias significativas por PACIENTE de Dermatología: P (PACIENTE) Y NP (NO PACIENTE)</b>					
N=Número de sujetos; T=Total; P=Paciente; NP=No Paciente; Sx=Desviación típica; t=t de Student	<b>Descriptivos</b>			<b>t (P-NP) Prob</b>	<b>Interpretación</b>
<b>Factores</b>	<b>N T, P, NP</b>	<b>Medias T, P, NP</b>	<b>Sx T, P, NP</b>	<b>Student p≤0,05</b>	
<b>FACTOR 1</b> Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	712T 59P 618NP	2,46T 2,77P 2,42NP	,72T ,72P ,71NP	4,41t 0,000p	Las personas que han sido pacientes de Dermatología perciben más los resultados positivos de la Dermatología Estética que las personas que nunca han sido pacientes de Dermatología
<b>FACTOR 2</b> Autoestima y Asertividad (AA)	700T 92P 608NP	2,99T 3,05P 2,98NP	,44T ,42P ,44NP	1,45t 0,145p	No hay diferencias estadísticamente significativas
<b>FACTOR 3</b> Optimismo (O)	706T 97P 609NP	2,66T 2,66P 2,61NP	,50T ,54P ,49NP	0,78t 0,938p	No hay diferencias estadísticamente significativas
<b>FACTOR 4</b> Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	712T 99P 613NP	2,65T 2,81P 2,62NP	,65T ,73P ,63NP	2,74t 0,006p	Las personas que han sido pacientes de Dermatología tienen mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética que las personas que nunca han sido pacientes de Dermatología
<b>FACTOR 5</b> Motivación (M)	717T 94P 623NP	3,19T 3,15P 3,19NP	,43T ,42P ,43NP	-,867t 0,386p	No hay diferencias estadísticamente significativas
<b>FACTOR 6</b> Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	738T 104P 634NP	2,93T 3,21P 2,88NP	,62T ,58P ,61NP	5,09t 0,000p	Las personas que han sido pacientes de Dermatología le conceden más importancia al aspecto estético de la piel que las personas que nunca han sido pacientes de Dermatología

Los resultados indican que haber sido paciente de Dermatología por alguna patología cutánea (14% de la muestra, 107 personas) no ejerce diferencias estadísticamente significativas en los factores relativos a bienestar personal emocional. Estas diferencias sí se observan, sin embargo, en los factores asociados a Dermatología Estética.

En los factores asociados a bienestar emocional los valores obtenidos indican que las personas tienden a estar de acuerdo en considerar que tienen una adecuada autoestima y asertividad, que son optimistas y que están motivadas, tal como indican los valores de la media y desviación típica: *Autoestima y Asertividad (AA)*-Factor 2: media

total( $n=700$ )=2,99,  $Sx=0.44$ ; media en pacientes ( $n=92$ )=3,05,  $Sx=0.42$ ; media en no pacientes ( $n=608$ )=2,98,  $Sx=0.44$ ; *Optimismo (O)*-Factor 3: media total ( $n=706$ )=2,66,  $Sx=0.50$ ; media en pacientes ( $n=97$ )=2,66,  $Sx=0.54$ ; media en no pacientes ( $n=609$ )=2,61,  $Sx=0.49$ ; *Motivación (M)*-Factor 5: media total ( $n=717$ )=3,19,  $Sx=0.43$ ; media en pacientes ( $n=94$ )=3,15,  $Sx=0.42$ ; media en no pacientes ( $n=623$ )=3,19,  $Sx=0.43$ . Es decir, las personas que acuden a las consultas dermatológicas por alguna afección cutánea tienden a tener características emocionales y personales de autoestima y asertividad, optimismo y motivación altas y similares a las de las personas que no han necesitado acudir a consulta. En nuestra muestra de pacientes dermatológicos este dato iría a favor de poder descartar (a priori), la existencia de síndromes psicológicos y psiquiátricos patológicos como el dismorfofóbico u otros similares que pudieran sesgar los resultados de la investigación y que inicialmente cuentan en sus criterios de diagnóstico con una baja autoestima en las personas<sup>244,251,252</sup>.

Respecto a los factores asociados a Dermatología Estética, el análisis muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas que han sido pacientes de Dermatología (consulta médica, tratamiento, etc.) y las que no lo han sido. Así, las personas que han sido pacientes perciben más *efectos positivos en la Dermatología Estética (RPDE)* (Factor 1,  $t_{(710)}=4,41$ ;  $p=0.000$ ), tienen más información y una actitud más favorable hacia ella (CADE) (Factor 4,  $t_{(710)}=2,74$ ;  $p=0,006$ ), y le dan más importancia al aspecto estético de la piel (IAEP) (Factor 6,  $t_{(736)}=5,09$ ;  $p=0,000$ ), que las personas que nunca han sido pacientes de Dermatología.

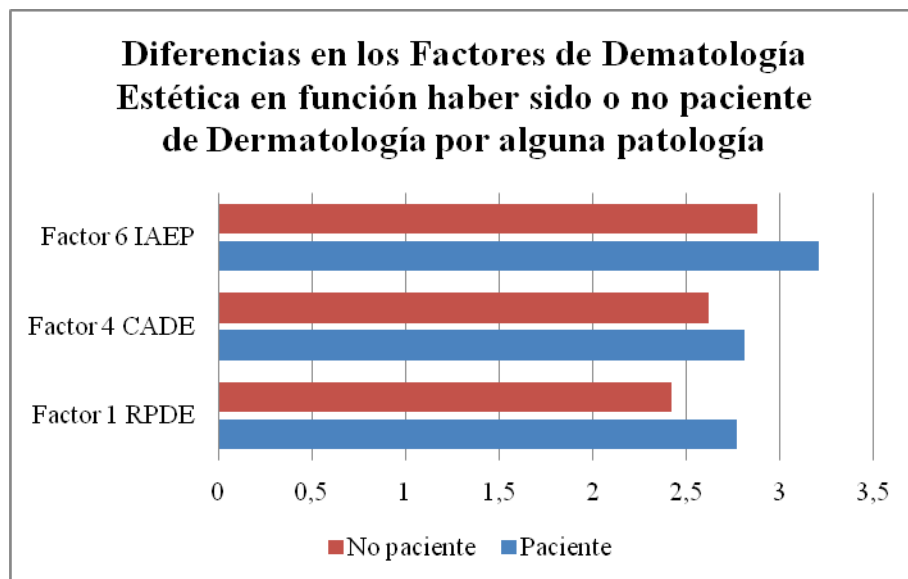


Gráfico 11. Diferencias en las puntuaciones medias de los Factores de Dermatología Estética en función de haber sido paciente o no de Dermatología por alguna patología

Los resultados obtenidos **confirman las hipótesis 6** que plantea que "las personas que han sido pacientes de Dermatología por alguna patología dan más importancia al aspecto estético de la piel y tienen también significativamente un mayor conocimiento sobre Dermatología Estética y una actitud más positiva hacia sus tratamientos sobre piel sana que las personas que no han sido pacientes de Dermatología por patologías". Asimismo, se confirma la hipótesis de que "las características de bienestar personal de los sujetos no están asociadas a ser o no paciente de Dermatología", aún sabiendo que enfermedades concretas sí podrían afectar a este bienestar, como ya se ha señalado en la introducción de esta tesis<sup>27,28,33,123</sup>.

### **III.3.2.3. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética y del bienestar emocional en función tener o no tener una profesión con responsabilidad sobre otras personas**

Este análisis permite responder al Objetivo 7: "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función tener o no tener una profesión con responsabilidad sobre otras personas".

Los resultados obtenidos sobre los factores del cuestionario en función de tener o no una profesión con responsabilidad sobre otras personas se resumen en la tabla 9.



Tabla 9. Diferencias en los Factores del Cuestionario en función de tener o no tener una profesión con responsabilidad sobre otras personas

<b>Factores Cuestionario DEBIE</b> <b>Diferencias significativas por PROFESIÓN RESPONSABILIDAD: R (RESPONSABILIDAD) Y NR (NO RESPONSABILIDAD)</b>					
N=Número de sujetos; T=Total; R=Responsabilidad; NR=No Responsabilidad; Sx=Desviación típica; t=t de Student	<b>Descriptivos</b>			<b>t (R-NR) Prob</b>	<b>Interpretación</b>
<b>Factores</b>	<b>N T, R, NR</b>	<b>Medias T, R, NR</b>	<b>Sx T, R, NR</b>	<b>Student p≤0,05</b>	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	679T 146R 533NR	2,46T 2,24R 2,50NR	,72T ,60R ,73NR	-,662t 0,508p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 2 Autoestima y Asertividad (AA)	672T 143R 529NR	2,99T 2,93R 3,00NR	,44T ,34R ,46NR	4,476t 0,000p	Las personas con profesiones con responsabilidad sobre otras personas tienen menor asertividad y autoestima que las personas sin profesiones con esa responsabilidad
FACTOR 3 Optimismo (O)	677T 140R 537NR	2,66T 2,59R 2,67NR	,50T ,43R ,51NR	4,75t 0,000p	Las personas con profesiones con responsabilidad son menos optimistas que las personas con profesiones sin responsabilidad
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	679T 178R 541NR	2,65T 2,64R 2,65NR	,65T ,52R ,67NR	1,48t 0,139p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 5 Motivación (M)	7687T 146R 541NR	3,19T 3,19R 3,17NR	,43T ,35R ,44NR	0,355t 0,722p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	703T 155R 548NR	2,93T 2,68R 2,93NR	,62T ,55R ,62NR	-,192t 0,848p	No hay diferencias estadísticamente significativas

Los datos indican que tener una profesión con responsabilidad sobre otras personas ejerce diferencias estadísticamente significativas entre los participantes en la investigación en los Factores de Bienestar Personal Emocional: Factor 2-*Asertividad* y *Autoestima* (AA) ( $t_{(670)}=4,47$ ;  $p=.000$ ) y Factor 3-*Optimismo* (O) ( $t_{(675)}=4,75$ ;  $p=.000$ ).

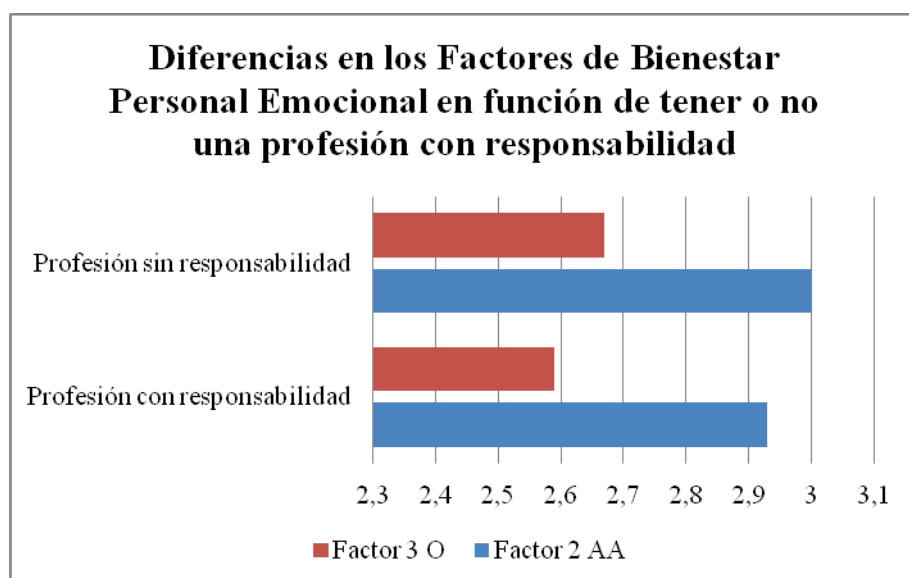


Gráfico 12. Diferencias en las puntuaciones medias de los Factores de Bienestar Personal Emocional en función de tener o no tener una profesión con responsabilidad sobre otras personas

Las personas con profesiones con responsabilidad sobre otras personas tienen menor asertividad y autoestima y se perciben a sí mismas menos optimistas que aquellas con profesiones de menos o ninguna responsabilidad en este aspecto. Es decir, las primeras se muestran menos seguras de sí mismas, se perciben de un modo menos positivo y afrontan el desempeño de su rol profesional de una manera menos vitalista y optimista, que las personas sin responsabilidades profesionales sobre otras personas. Sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos tipos de profesionales en la percepción de la importancia que le dan a la estética cutánea, como quizás se podría esperar.

Los resultados obtenidos no permiten aceptar la hipótesis 7 que plantea que las personas que desarrollan una profesión de responsabilidad sobre otras personas tendrán características de bienestar emocional significativamente más altas que las personas que

no desarrollan estas profesionales. Se obtienen resultados que indican lo contrario en nuestra muestra; es decir, las personas con responsabilidades profesionales sobre otras parecen contar con menos autoestima y asertividad y con menos optimismo que éstas últimas, aunque todas tienden a considerarse asertivas y optimistas. Sus niveles de motivación, no obstante, sí parecen semejantes, tendiendo a considerarse todas ellas motivadas.

Tampoco se puede aceptar la hipótesis de que las personas con responsabilidad profesional sobre otras personas se preocupen significativamente más por el aspecto estético de su piel que las que no tienen esa responsabilidad, y tengan una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos. En estos aspectos las personas que han participado en este estudio parecen comportarse de un modo similar, tendiendo a estar en general de acuerdo con ello.

#### **III.3.2.4. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética y del bienestar emocional en función tener o no tener una profesión de cara al público o en relación frecuente con personas**

Este análisis permite responder al Objetivo 8: "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función tener o no tener una profesión de cara al público o en relación frecuente con personas".

Los resultados obtenidos sobre los factores del cuestionario en función de esta variable se resumen en la tabla 10.

Tabla 10. Diferencias en los Factores del Cuestionario en función de tener o no tener una profesión cara al público o en relación frecuente con personas

Factores Cuestionario DEBIE Diferencias significativas por PROFESIÓN CARA AL PÚBLICO: P (PÚBLICO) Y NP (NO PÚBLICO)					
N=Número de sujetos; T=Total; P=Público; NP=No Público; Sx=Desviación típica; t=t de Student		Descriptivos		t (P-NP) Prob	Interpretación
Factores	N T, P, NP	Medias T, P, NP	Sx T, P, NP	Student p≤0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	692T 484P 208NP	2,46T 2,47P 2,46NP	,72T ,74P ,67NP	,142t 0,887p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 2 Autoestima y Asertividad (AA)	682T 476P 206NP	2,99T 3,05P 2,86NP	,44T ,42P ,46NP	4,95t 0,000p	Las personas con profesiones de cara al público tienen mayor asertividad y autoestima que las personas con profesiones que no se desarrollan de cara al público
FACTOR 3 Optimismo (O)	687T 477P 210NP	2,66T 2,70P 2,55NP	,50T ,49P ,51NP	3,77t 0,000p	Las personas con profesiones de cara al público son más optimistas que las personas con profesiones que no se desarrollan de cara al público
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	691T 484P 207NP	2,65T 2,68P 2,59NP	,65T ,66P ,60NP	1,51t 0,130p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 5 Motivación (M)	697T 485P 212NP	3,18T 3,19P 3,18NP	,43T ,43P ,43NP	0,109t 0,913p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	715T 499P 216NP	2,93T 2,94P 2,93NP	,62T ,51P ,64NP	1,18t 0,236p	No hay diferencias estadísticamente significativas

Los resultados indican que tener una profesión cara al público ejerce diferencias estadísticamente significativas entre los participantes en la investigación en los Factores de Bienestar Personal Emocional: Factor 2-*Autoestima y Asertividad (AA)* ( $t_{(680)}= 4,95$ ;  $p=.000$ ) y Factor 3-*Optimismo(O)* ( $t_{(685)}=3,77$ ;  $p=.000$ ).

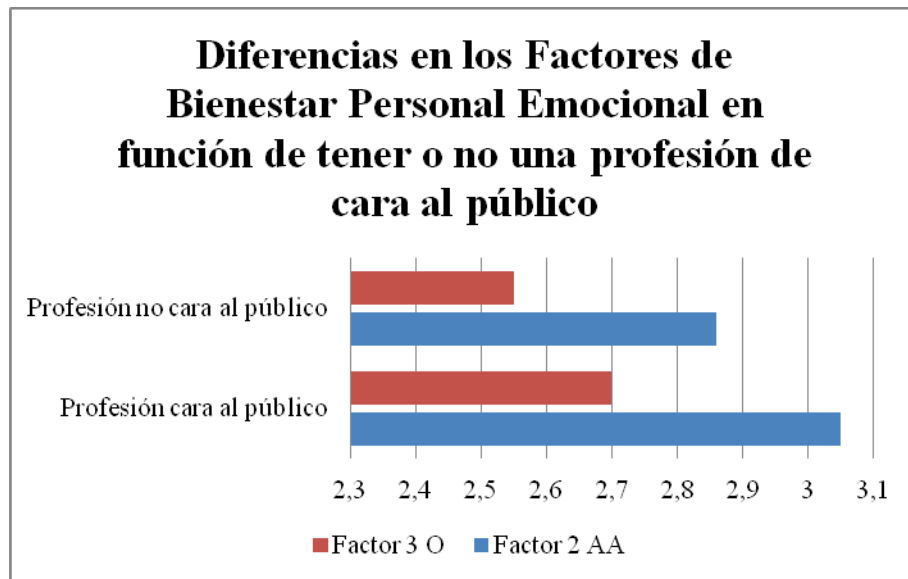


Gráfico 13. Diferencias en las medias de los Factores de Bienestar Personal Emocional en función de tener o no tener una profesión de cara al público

Las comparaciones efectuadas muestran que las personas con una profesión de cara al público tienen mayor asertividad y autoestima y se perciben a sí mismas más optimistas que las personas que no tienen este tipo de profesión. Es decir, se valoran de un modo adecuado, se muestran más seguras de sí mismas, se comunican de manera más asertiva, y afrontan el desempeño de su rol profesional de una manera más vitalista y entusiasta que las personas que no desarrollan su rol profesional de cara al público.

Sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la estética cutánea, como quizás podríamos haber esperado en personas con una profesión de cara al público.

Los resultados obtenidos permiten **aceptar la hipótesis 8** que plantea que "las personas con una profesión de cara al público o en relación frecuente con otras personas tendrán

características de bienestar emocional significativamente más altas que las personas que no desarrollan estas profesionales. Las primeras se perciben a sí mismas con autoestima, asertividad y optimismo, mientras que las segundas no están del todo de acuerdo en considerar que cuentan con estas características. No obstante, en lo que respecta a motivación, todas ellas tienden a estar de acuerdo en que están motivadas, sin que haya diferencias sustanciales entre ellas. Lo mismo sucede cuando se trata de analizar la importancia que conceden al aspecto estético de la piel y al conocimiento y actitud que tienen hacia la Dermatología Estética: no se aprecian diferencias significativas en estos aspectos función de desempeñar una u otra profesión, lo que lleva a rechazar la parte de la hipótesis 8 que consideraba que sí existirían estas diferencias. En estos aspectos se observa que las personas en general consideran importante el aspecto estético de su piel, pero no están totalmente de acuerdo en asegurar que conocen lo que es la Dermatología Estética y los efectos de sus tratamientos, y que tengan, por tanto, una actitud positiva hacia ella.

#### **III.3.2.5. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética y del bienestar personal emocional en función de la Edad**

Este análisis permite responder al Objetivo 9: "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función de la edad".

Los resultados obtenidos sobre los factores del cuestionario en función de la Edad se resumen en la tabla 11.

Tabla 11. Diferencias en los Factores del Cuestionario en función de la Edad

<b>Factores cuestionario DEBIE</b> <b>Diferencias significativas por EDAD (ANOVA)</b> <b>1) 18-25; 2) 26-44; 3) 45-64; 4) 65-90</b>						
N=Número de sujetos; Sx=Desviación típica	Descriptivos				LEVENE F Prob WELCH	Interpretación
Factores	N 18, 26, 45, 65	% Casos por edades	Medias 18, 26, 45, 65	Sx 18, 26, 45, 65	Levene p>,05 Homo Welch p≤ ,05 Igual	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	168(18) 290(26) 205(45) 48(65) 711Total	26,6% 40,8% 28,8% 6,8%	2,38(18) 2,46(26) 2,48(45) 2,72(65) 2,46Total	,64(18) ,73(26) ,73(45) ,75(65) ,72Total	Levene .174 Si hom 2,78 F 0,040 p. Scheffe 0,044 p. 18<65	Si homog varianzas Difer.signifi. Edad <b>Scheffe: 18&lt;65,</b> <b>(0,044 p.)</b> Menos los de 18-25 años que los de 65- 90 años
FACTOR 2 Autoestima y Asertividad (AA)	166(18) 286(26) 200(45) 46(65) 698Total	23,8% 41% 28,7% 6,6%	2,88(18) 3,05(26) 2,98(45) 3,03(65) 2,99Total	,39(18) ,44(26) ,44(45) ,57(65) ,44Total	Welch 6,39 0,000 Games- Howell 0,000 p. 18<26	Difer.signifi. Edad <b>Games-Howell:</b> <b>18&lt;26, (0,000 p.)</b> Menos los de 18-25 años que los de 26- 44 años
FACTOR 3 Optimismo (O)	168(18) 292(26) 194(45) 51(65) 705Total	23,8% 41,4% 27,5% 7,2%	2,54(18) 2,74(26) 2,64(45) 2,64(65) 2,66Total	,43(18) ,51(26) ,49(45) ,59(65) ,50Total	Welch 0,000 6,95 Games- Howell 0,000 p. 18<26	Difer.signifi. Edad <b>Games-Howell:</b> <b>18&lt;26, (0,000 p.)</b> Menos los de 18-25 años que los de 26- 44 años
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	167(18) 289(26) 205(45) 55(65) 711Total	23,5% 40,6% 28,8% 7%	2,60(18) 2,72(26) 2,65(45) 2,39(65) 2,65Total	,58(18) ,64(26) ,65(45) ,82(65) ,65Total	Welch 3,19 0,025 Games- Howell 0,045 p. 26>65	Difer.signifi. Edad <b>Games-Howell:</b> <b>26&gt;65, (0,045 p.)</b> Más los de 26-45 años que los de 65- 90 años
FACTOR 5 Motivación (M)	169(18) 292(26) 202(45) 52(65) 715Total	23,6% 40,8% 28,3% 7,3%	3,29(18) 3,25(26) 3,06(45) 3,00(65) 3,19Total	,36(18) ,43(26) ,43(45) ,51(65) ,43Total	Welch 14,68 0,000 Games- Howell 0,000 p. 18>45 Games- Howell 0,002 p. 18>65 Games- Howell 0,000 p. 26>45 Games- Howell 0,009 p. 26>65	Difer.signifi. Edad <b>Games-Howell:</b> <b>18&gt;45, (0,000 p.)</b> Más los de 18-25 años que los de 45- 64 años <b>Games-Howell:</b> <b>18&gt;65, (0,002 p.)</b> Más los de 18-25 años que los de 65- 90 años <b>Games-Howell:</b> <b>26&gt;45, (0,000 p.)</b> Más los de 26-44 años que los de 45- 64 años <b>Games-Howell:</b> <b>26&gt;65, (0,009 p.)</b> Más los de 26-44 años que los de 65- 90 años
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	171(18) 300(26) 211(45) 53(65) 735Total	23,3% 40,8% 28,7% 7,2%	2,76(18) 2,94(26) 3,00(45) 3,04(65) 2,92Total	,60(18) ,61(26) ,59(45) ,70(65) ,62Total	Levene 0,247 Si hom 5,65 F 0,001 p Scheffe 0,027 p. 18<26 Scheffe 0,003 p. 18<45 Scheffe 0,042 p. 18<65	Si homog varianzas Difer.signifi. Edad <b>Scheffe: 18&lt;26,</b> <b>(0,026 p.)</b> Menos los de 18-25 años que los de 26- 44 años <b>Scheffe: 18&lt;45,</b> <b>(0,003 p.)</b> Menos los de 18-25 años que los de 45- 64 años <b>Scheffe: 18&lt;65,</b> <b>(0,042 p.)</b> Menos los de 18-25 años que los de 65- 90 años

Los resultados obtenidos indican que la edad ejerce diferencias estadísticamente significativas en los factores analizados, según la tendencia que marcan los porcentajes, la media y la desviación típica.

**En los Factores sobre Dermatología Estética** estas diferencias se obtienen en el Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)* (gráfico 14) ( $F_{(3, 710)} = 2,770$ ;  $p = 0,040$ ) y en el Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)* (gráfico 15) ( $F_{(3, 734)} = 5,653$ ;  $p = 0,001$ ). El grupo de más edad, entre 65 y 90 años, percibe más efectos positivos de la Dermatología Estética que los restantes, y junto con el grupo de edad de 26 a 44 años y de 45 a 64 años conceden más importancia al aspecto estético de la piel, en comparación con el grupo de edad más joven, entre 18 y 25 años.

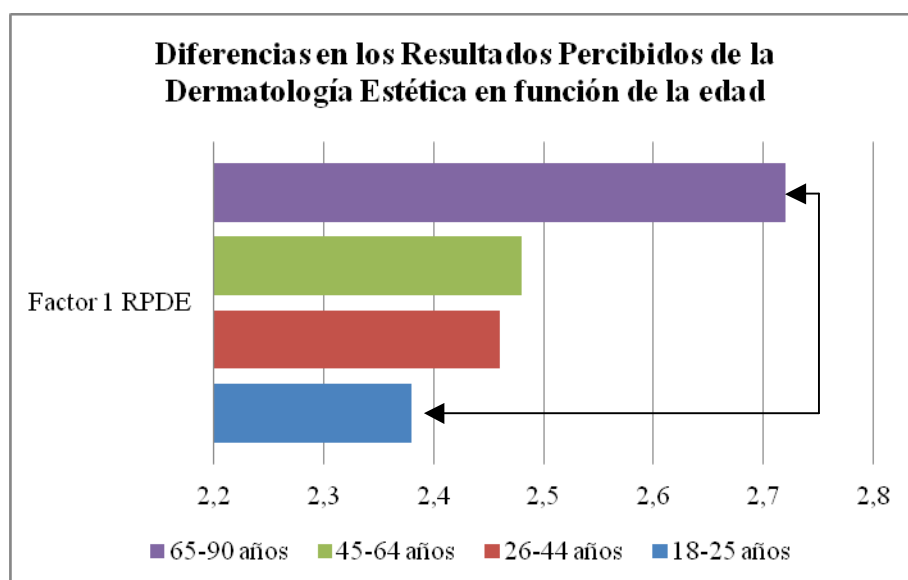


Gráfico 14. Diferencias significativas de medias en los Resultados Percibidos de la Dermatología Estética en función de la Edad



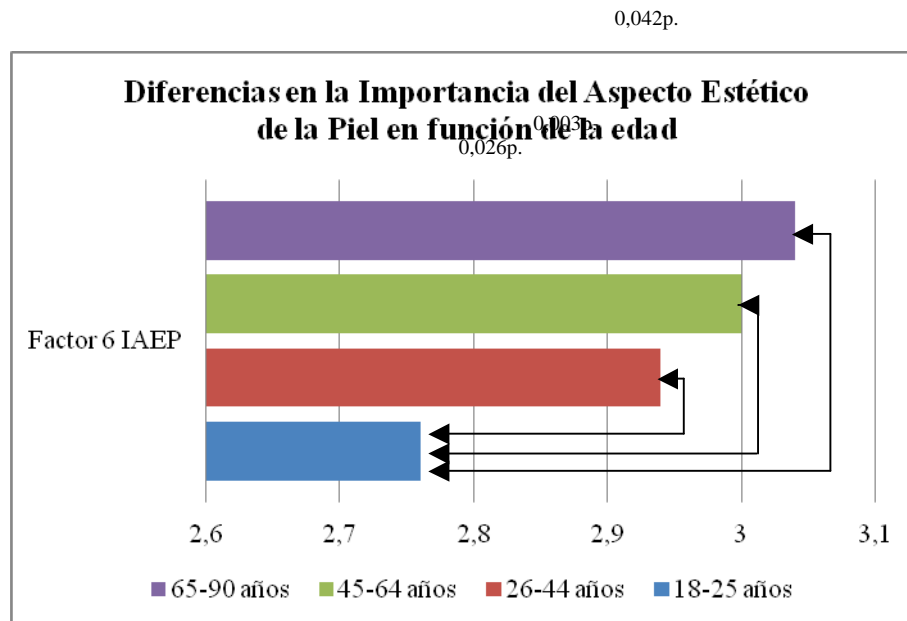


Gráfico 15. Diferencias significativas de medias en la Importancia del Aspecto Estético de la Piel en función de la Edad

También se han observado diferencias estadísticamente significativas en el Factor 4- *Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)* ( $W_{(3, 195)} = 3,193$ ;  $p = 0,025$ ). Las personas entre 26 y 44 años tienen más información y una actitud más favorable hacia la Dermatología Estética y hacia su posible influencia en su bienestar personal que las comprendidas entre 65 y 90 años. Quizás su edad, entre joven y madura, les lleva a conceder más importancia al aspecto estético de su piel, a estar más informados sobre la Dermatología Estética y a tener una actitud más favorable hacia sus tratamientos, para seguir más los cánones actuales de belleza; o quizás, se trate de que tienen más interés por conocer lo que ofrecen las disciplinas médicas relacionadas con la estética.

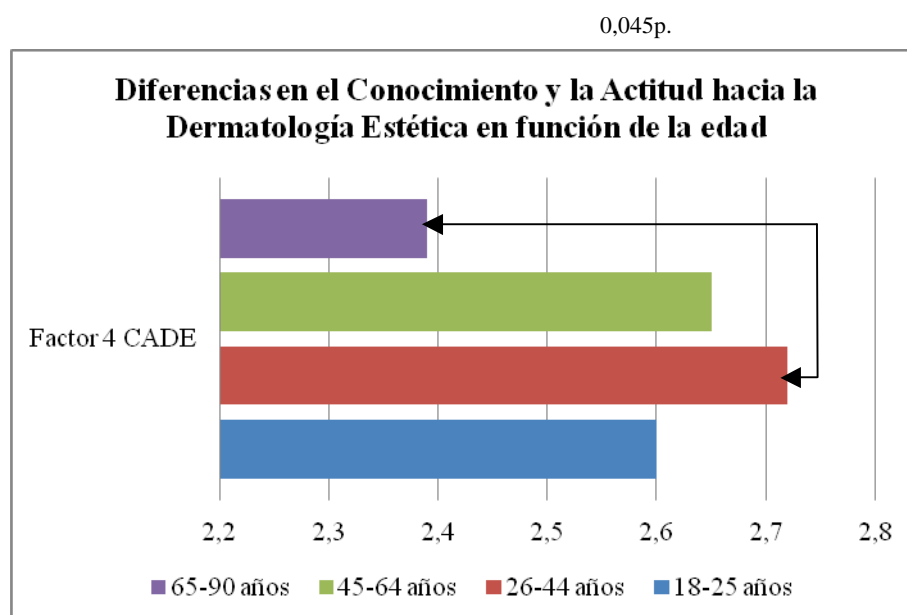


Gráfico 16. Diferencias significativas de medias en el Conocimiento y la Actitud hacia la Dermatología Estética en función de la Edad

Por otro lado, **respecto a los Factores de Bienestar Personal Emocional**, los análisis indican que existen diferencias estadísticamente significativas en el Factor 2-*Autoestima y Asertividad(AA)* ( gráfico 17) ( $W_{(3, 182)}=6,395$ ;  $p=0,000$ ) y en el Factor 3 *Optimismo (O)* (gráfico 18) ( $W_{(3,199)}=6,957$ ;  $p=0,000$ ). El grupo de edad entre 26-45 años tiene una mayor autoestima, asertividad y optimismo en comparación con el grupo de 18 a 25 años. Es decir, son las personas de mediana edad comparadas con las más jóvenes, las que se manifiestan de una manera más vitalista, entusiasta y optimista. Quizás porque entre los 26 y los 45 años la mayoría ha podido organizar ya su vida personal, laboral y familiar, y han ganado con ello seguridad personal.

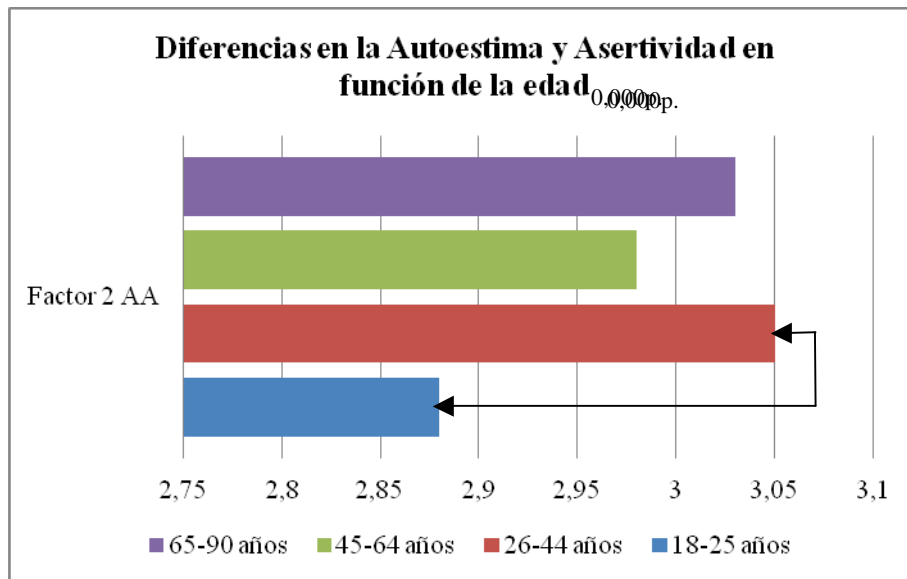


Gráfico 17. Diferencias significativas de medias en Autoestima y Asertividad en función de la Edad

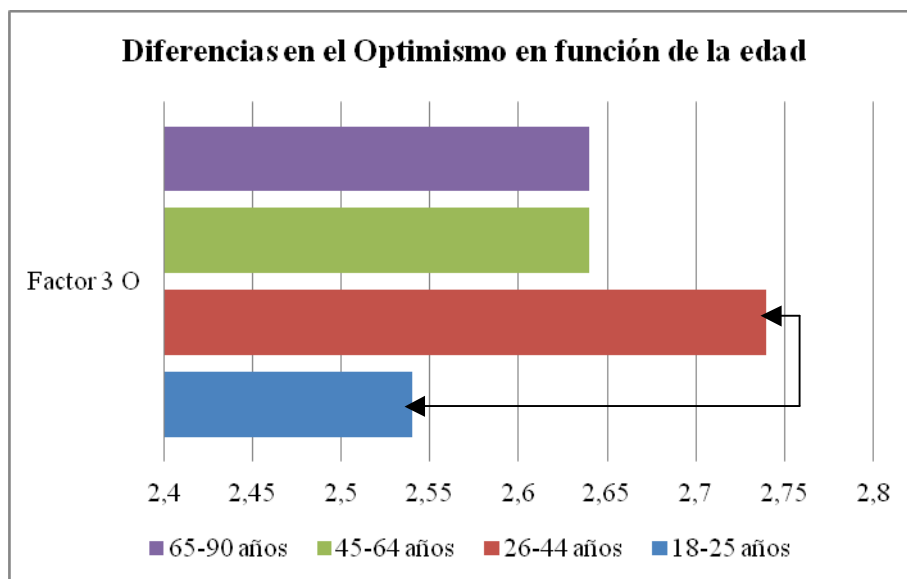


Gráfico 18. Diferencias significativas de medias en Optimismo en función de la Edad

0,000p.  
0,009p.

Finalmente, se han encontrado también diferencias estadísticamente significativas en el Factor 5-*Motivación (M)* ( $W_{(3, 202)}=14,680$ ;  $p=0,000$ ). En el grupo de edad más joven, entre 18 y 25 años, y también en el de 26-44 años, se encuentran las personas más motivadas en comparación con el resto de grupos de edad, más avanzada. Esta mayor motivación en las personas más jóvenes es esperable en función de la edad, y necesaria para poder afrontar adecuadamente y con energía emocional los retos vitales y laborales de este momento evolutivo personal.

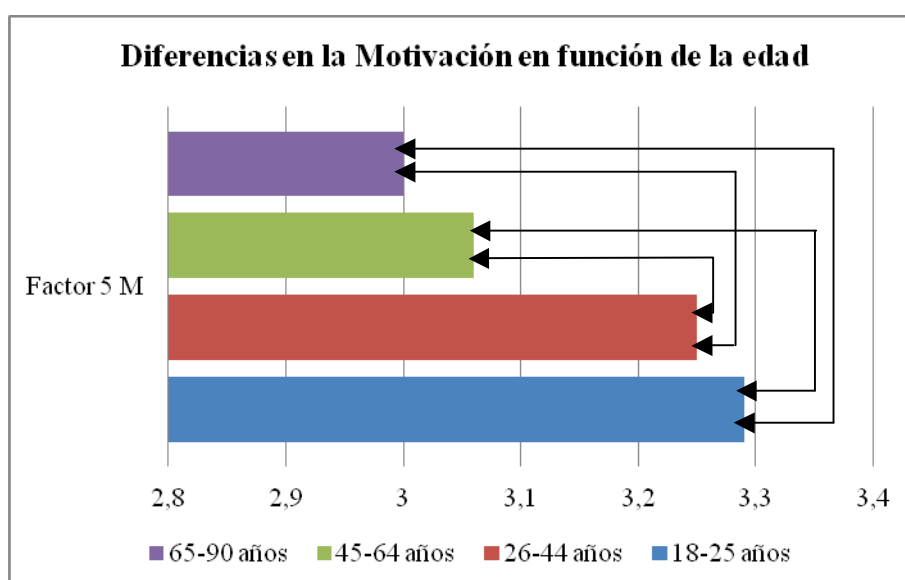


Gráfico 19. Diferencias significativas de medias en la Motivación en función de la Edad

Los resultados obtenidos indican que se cumple parcialmente la hipótesis 9 que se ha formulado en este estudio al constatar que las personas más maduras, a partir de 40 años, le dan más importancia al aspecto estético de la piel que las personas más jóvenes, y tienen una actitud más positiva hacia los tratamientos de Dermatología Estética. También se ha encontrado conforme a lo esperado, que las personas más jóvenes, de menos de 26 años están más motivadas que las de mayor edad (a partir de 45 años); sin

embargo, no se han identificado como se esperaba, diferencias relevantes entre ellas en su grado de autoestima y optimismo (en general, todas tienden a percibirse asertivas y optimistas). Por otra parte, sí se advierte, como se esperaba, que las personas más jóvenes (de 18 a 25 años) dan menos importancia que las restantes al aspecto estético de la piel. También consideran significativamente menos que las de mayor edad (más de 65 años) que los resultados de la Dermatología Estética pueden contribuir a su bienestar emocional.

#### **III.3.2.6. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética y del bienestar emocional en función del Estado Civil**

Este análisis permite responder al Objetivo 10. "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función del estado civil".

Los resultados obtenidos sobre los factores del cuestionario en función del estado civil se resumen en la tabla 12.

Tabla 12. Diferencias significativas en los Factores del Cuestionario en función del Estado Civil

<b>Factores cuestionario DEBIE</b> <b>Diferencias significativas por ESTADO CIVIL (ANOVA)</b> <b>1) Casado/a; 2) Soltero/a; 3) Divorciado/a-Separado/a; 4) Viudo/a</b>						
N=Número de sujetos; Sx=Desviación típica	Descriptivos				LEVENE F Prob WELCH	Interpretación
Factores	N 1, 2, 3, 4	% Casos por estado civil	Medias 1, 2, 3, 4	Sx 1, 2, 3, 4	Levene p>,05 Igual Welch p≤ ,05 Igual	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	373(1) 283(2) 36(3) 16(4) 708Total	52,7% 40% 5,1% 2,3%	2,47(1) 2,43(2) 2,55(3) 2,72(4) 2,46Total	,73(1) ,67(2) ,83(3) ,89(4) ,72Total	Levene 0,176 Si hom 1,10 F 0,346 p	No Difer.signifi. Estado civil
FACTOR 2 Autoestima y Asertividad (AA)	366(1) 281(2) 37(3) 13(4) 697Total	52,5% 40,3% 5,3% 1,9%	3,04(1) 2,93(2) 3,01(3) 2,62(4) 2,99Total	,45(1) ,40(2) ,51(3) ,53(4) ,44Total	Welch 5,24 0,003 Games- Howell 0,009 p. 1>2	Difer.signifi.Estado civil <b>Games-Howell: 1&gt;2, (0,009 p.)</b> Más los casados/as que los solteros/as
FACTOR 3 Optimismo (O)	369(1) 284(2) 39(3) 12(4) 704Total	52,4% 40,3% 5,5% 1,7%	2,71(1) 2,62(2) 2,56(3) 2,17(4) 2,66Total	,50(1) ,48(2) ,50(3) ,58(4) ,50Total	Levene 0,532 Si hom 6,50 F 0,000 p Scheffe 0,003 p. 1>4 Scheffe 0,027 p. 2>4	Si homog varianzas Difer.signifi. Estado civil <b>Scheffe: 1&gt;4, (0,003 p.)</b> Más los casados/as que los viudos/as <b>Scheffe: 2&gt;4, (0,027 p.)</b> Más los solteros/as que los viudos/as
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	375(1) 280(2) 38(3) 15(4) 708Total	53% 39,5% 5,4% 2,1%	2,65(1) 2,61(2) 2,70(3) 2,27(4) 2,64Total	,65(1) ,61(2) ,72(3) ,94(4) ,65Total	Welch 1,16 0,332	No Difer.signifi. Estado civil
FACTOR 5 Motivación (M)	378(1) 287(2) 34(3) 16(4) 715Total	52,9% 40,1% 4,8% 2,2%	3,15(1) 3,26(2) 3,06(3) 2,83(4) 3,19Total	,43(1) ,38(2) ,60(3) ,63(4) ,43Total	Welch 6,19 0,001 Games- Howell 0,003 p. 1>2	No homog varianzas Difer.signifi. Estado civil <b>Games-Howell: 1&gt;2, (0,003 p.)</b> Más los casados/as que los solteros/as
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	388(1) 289(2) 38(3) 18(4) 733Total	52,9% 39,4% 5,2% 2,5%	2,97(1) 2,85(2) 3,03(3) 2,93(4) 2,93Total	,60(1) ,62(2) ,67(3) ,70(4) ,61Total	Levene 0,119 Si hom 2,61 F 0,050 p.	No Difer.signifi. Estado civil

Los resultados obtenidos indican que el estado civil ejerce diferencias estadísticamente significativas en los factores relacionados con Bienestar Personal Emocional, según la tendencia que marcan los porcentajes, la media y la desviación típica. Sin embargo, no se detectan estas diferencias en los factores vinculados a Dermatología Estética.

En los Factores de Bienestar Personal Emocional, los análisis indican que existen diferencias estadísticamente significativas en el Factor 2-*Autoestima y Asertividad (AA)*

(gráfico 20) ( $W_{(3, 45)} = 5,244$ ;  $p=0,003$ ), en el Factor 3-*Optimismo (O)* (gráfico 21) ( $F_{(3, 700)}=6.505$ ;  $p=0,000$ ) y en el Factor 5-*Motivación (M)* (gráfico 22) ( $W_{(3, 52)}=6,196$ ;  $p=0,001$ ). Las personas casadas presentan significativamente una mayor *autoestima* y *asertividad* en comparación con las personas que están solteras. Es decir, las primeras, con pareja estable, tienen una imagen significativamente más positiva y ajustada a la realidad de sí mismas, y se comunican de manera más asertiva que las segundas.

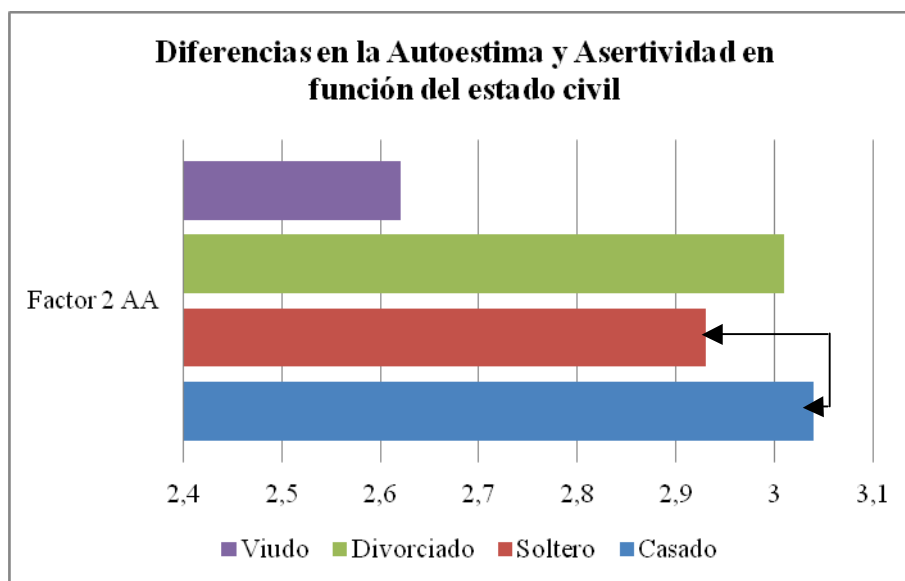


Gráfico 20. Diferencias significativas de medias en la Autoestima y Asertividad en función del Estado Civil.

Respecto al Factor 3-*Optimismo(O)*, las personas casadas y/o solteras se muestran más optimistas en comparación con las personas viudas. Es decir, las personas que no han pasado por la experiencia del fallecimiento de la pareja y con ello con la pérdida, quizás, de parte de su proyecto vital, son las que se muestran más entusiastas y vitalistas.

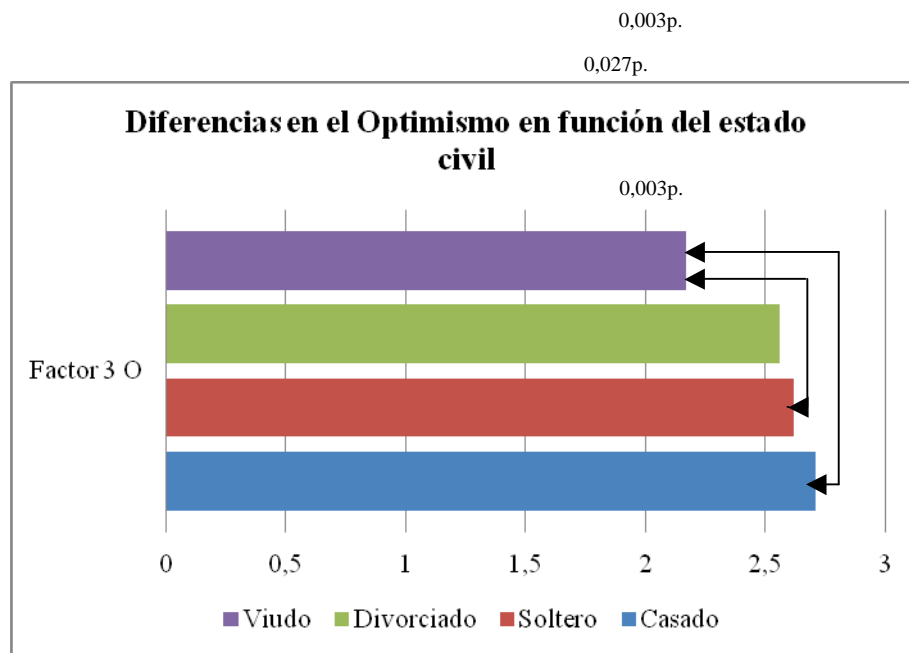


Gráfico 21. Diferencias significativas de medias en el Optimismo en función del Estado Civil

Finalmente, en relación al Factor 5-Motivación (*M*), las personas casadas, en comparación con las solteras, se muestran más motivadas, bien sea a nivel profesional o personal.

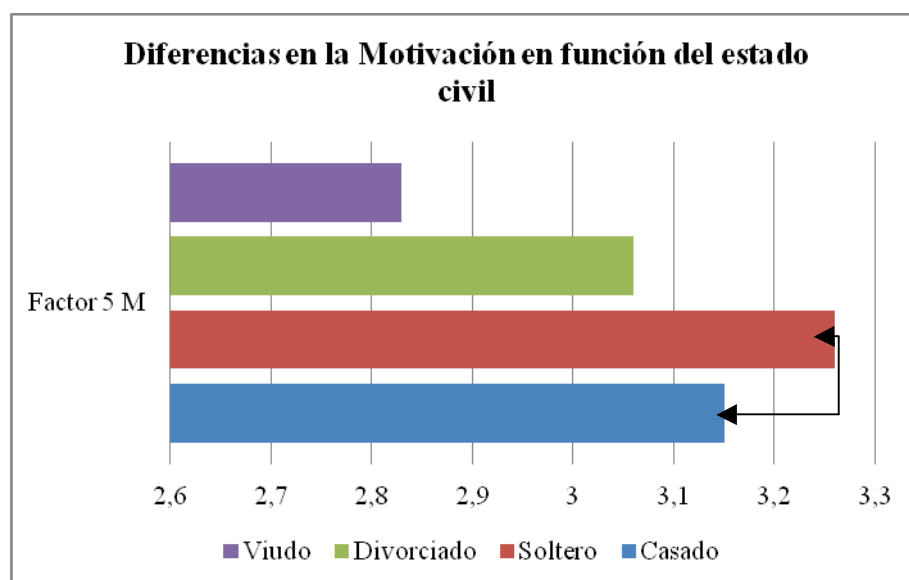


Gráfico 22. Diferencias significativas de medias en la Motivación en función del Estado Civil



En síntesis, los resultados obtenidos no permiten aceptar la hipótesis 10 que sostiene que las personas solteras dan más importancia que las que se encuentran en otros estados civiles al aspecto estético de la piel, y que tendrán más información y una actitud más positiva hacia los tratamientos de Dermatología Estética que las restantes. La mayoría de las personas consultadas en este estudio, independientemente del estado civil, dan importancia al aspecto estético de la piel y tienden a estar de acuerdo en considerar que tienen información sobre la Dermatología Estética y una actitud positiva hacia ella, así como a considerar que sus tratamientos pueden contribuir a su bienestar emocional. Por su parte, la hipótesis que sostiene que no habrá diferencias significativas en la percepción de bienestar emocional de las personas en función del estado civil se cumple solo parcialmente. Los resultados indican que las personas casadas se perciben significativamente con más autoestima, asertividad y motivación que las solteras, y más optimistas que las viudas. Las solteras también se perciben más optimistas que las viudas.

#### **III.3.2.7. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética y del bienestar emocional en función del Nivel de Estudios**

Este análisis permite responder al Objetivo 11. "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función del nivel de estudios".

Los resultados obtenidos sobre los factores del cuestionario en función del nivel de estudios se resumen en la tabla 13.

Tabla 13. Diferencias en los Factores del Cuestionario en función del Nivel de Estudios

Factores cuestionario DEBIE						
Diferencias significativas por NIVEL DE ESTUDIOS (ANOVA)						
1) Enseñanza Obligatoria 2) Formación Profesional-Bachillerato; 3) Estudios Universitarios						
N=Número de sujetos; Sx=Desviación típica	Descriptivos				LEVENE F Prob WELCH	Interpretación
Factores	N 1, 2, 3,	% Casos por estudios	Medias 1, 2, 3	Sx 1, 2, 3	Levene p>,05 Igual Welch p<,05 Igual	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	51(1) 183(2) 473(3) 707Total	7,2% 25,9% 66,9%	2,72(1) 2,56(2) 2,40(3) 2,46Total	,80(1) ,80(2) ,67(3) ,72Total	Welch 5,62 0,000 Games- Howell 0,024 p. 1>3 Games- Howell 0,050 p. 2>3	Difer.signifi. Estudios <b>Games-Howell: 1&gt;3, (0,024 p.)</b> Más los de Educación Obligatoria que los de Estudios Universitarios <b>Games-Howell: 2&gt;3, (0,050 p.)</b> Más los de Formación Profesional- Bachillerato que los de Estudios Universitarios
FACTOR 2 Autoestima y Asertividad (AA)	52(1) 174(2) 467(3) 693Total	7,5% 25,1% 67,4%	2,88(1) 3,05(2) 2,98(3) 2,99Total	,54(1) ,41(2) ,44(3) ,44Total	Welch 2,69 0,071	No Difer.signifi. Estudios
FACTOR 3 Optimismo (O)	49(1) 181(2) 470(3) 700Total	7% 25,9% 67,1%	2,46(1) 2,67(2) 2,68(3) 2,66Total	,55(1) ,47(2) ,49(3) ,49Total	Levene 0,255 Si hom 4,57 F 0,011 p Scheffe 0,028 p. 1<2 Scheffe 0,011p. 1<3	Si homog varianzas Difer.signifi. Estudios <b>Scheffe: 1&lt;2, (0,028 p.)</b> Menos los de Enseñanza Obligatoria que los de Formación Profesional- Bachillerato <b>Scheffe: 1&lt;3, (0,011 p.)</b> Menos los de Enseñanza Obligatoria que los de Estudios Universitarios
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	53(1) 182(2) 471(3) 706Total	7,5% 25,8% 66,7%	2,38(1) 2,73(2) 2,65(3) 2,65Total	,68(1) ,69(2) ,62(3) ,65Total	Levene 0,179 Si hom 6,06 F 0,002 p. Scheffe 0,002 p. 1<2 Scheffe 0,019 p. 1<3	Si homog varianzas Difer.signifi. Estudios <b>Scheffe: 1&lt;2, (0,002 p.)</b> Menos los de Enseñanza Obligatoria que los de Formación Profesional- Bachillerato <b>Scheffe: 1&lt;3, (0,019p.)</b> Menos los de Enseñanza Obligatoria que los de Estudios Universitarios
FACTOR 5 Motivación (M)	53(1) 187(2) 470(3) 710Total	7,5% 26,3% 66,2%	3,05(1) 3,18(2) 3,21(3) 3,19Total	,51(1) ,41(2) ,42(3) ,43Total	Levene 0,236 Si hom 3,21 F 0,041 p Scheffe 0,043 p. 1<3	Si homog varianzas Difer.signifi. Estudios <b>Scheffe: 1&lt;3, (0,043 p.)</b> Menos los de Enseñanza Obligatoria que los de Estudios Universitarios
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	55(1) 195(2) 482(3) 732Total	7,5% 26,6% 65,8%	3,04(1) 2,99(2) 2,89(3) 2,93Total	,66(1) ,67(2) ,59(3) ,62Total	Levene 0,169 Si hom 2,84 F 0,059 p	NoDifer.signifi. Estudios

Los resultados obtenidos indican que el nivel de estudios ejerce diferencias estadísticamente significativas en los factores analizados según la tendencia que marcan los porcentajes, la media y la desviación típica. A excepción del Factor 2-*Autoestima y Asertividad (AA)* y del Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)*, las personas tienden a comportarse de un modo diferente.

En los **Factores sobre Dermatología Estética**, los análisis indican que existen diferencias estadísticamente significativas en el Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)* (gráfico 23) ( $W_{(2, 124)}=5,622$ ;  $p=0,005$ ), y en el Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)* (gráfico 24) ( $F_{(2, 705)}=6,063$ ;  $p=0,002$ ). El grupo de personas con estudios más bajos -Enseñanza Escolar Obligatoria- y estudios medios -Formación Profesional y Bachillerato- percibe más efectos positivos de la Dermatología Estética (Factor 1-RPDE) que las personas con estudios Universitarios. Estas últimas, sin embargo, tienen *más información y una actitud más favorable* hacia la Dermatología Estética (Factor 4-CADE) que las personas con estudios básicos de Enseñanza Escolar Obligatoria. Es decir, aunque las personas con estudios bajos y medios perciben más los posibles efectos positivos de la Dermatología Estética en su bienestar personal cuando se les pregunta sobre este aspecto, son las personas con estudios superiores las que más informadas están sobre Dermatología Estética, quizás como consecuencia de su mayor nivel cultural y académico. De la misma forma mantienen una actitud más positiva hacia ella, aunque le den menos importancia a los efectos positivos de la misma en sus vidas que personas con estudios inferiores.

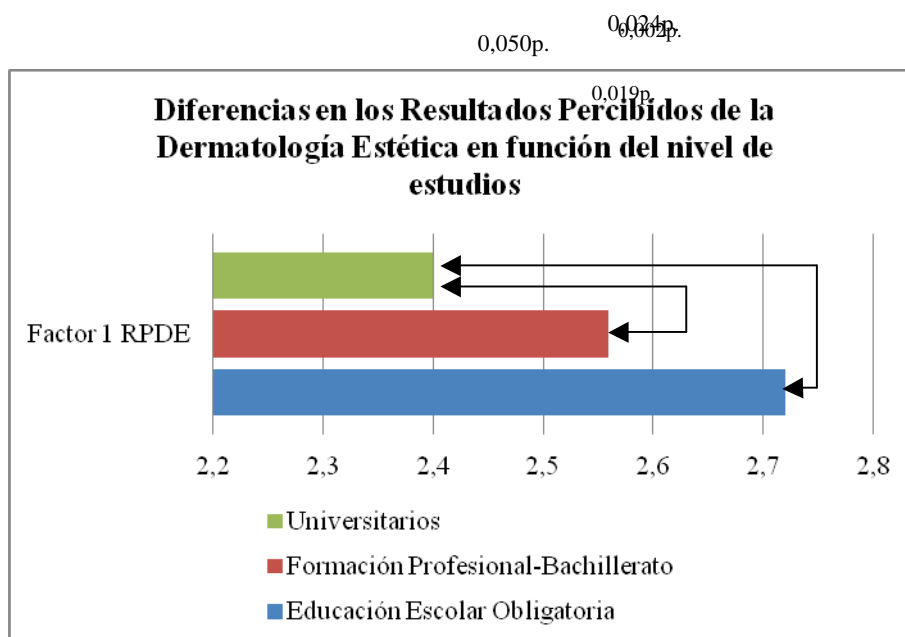


Gráfico 23. Diferencias significativas de medias en los Resultados Percibidos de la Dermatología Estética en función del Nivel de Estudios

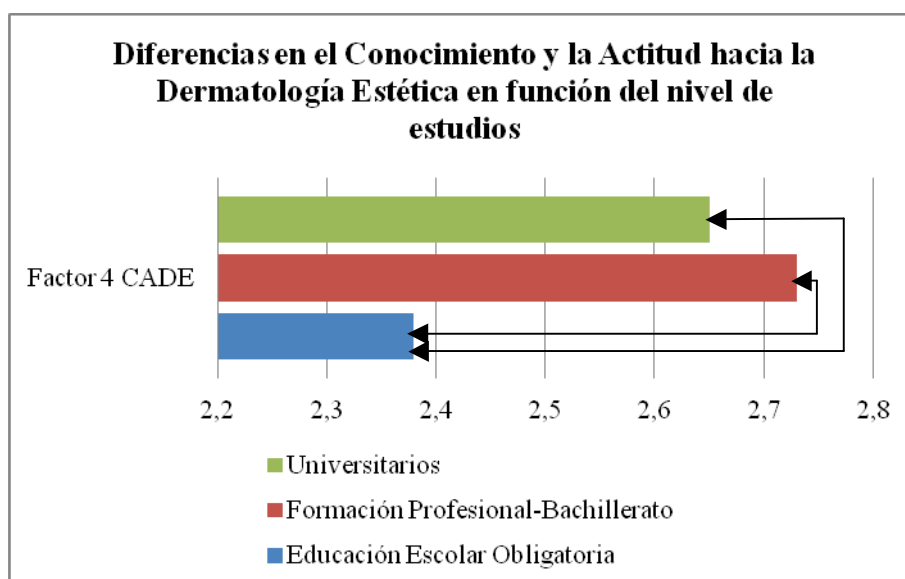


Gráfico 24. Diferencias significativas de medias en el Conocimiento y la Actitud hacia la Dermatología Estética en función del Nivel de Estudios

En los **Factores de Bienestar Personal Emocional** los análisis indican que existen diferencias estadísticamente significativas en *Optimismo* (*O*-Factor 3) (gráfico 25) ( $F_{(2, 699)}=4,575$ ;  $p=0,011$ ) y *Motivación* (*M*-Factor 5) (gráfico 26) ( $F_{(2, 709)}=3,211$ ;  $p=0,041$ ).

Las personas con niveles de estudios medios -Formación Profesional y Bachillerato- y superiores -Universitarios-, manifiestan mayor optimismo y motivación que las personas con estudios bajos -Enseñanza Escolar Obligatoria-. Quizás esto esté asociado a que las primeras encuentren más oportunidades de desarrollo en su vida personal, social y laboral.

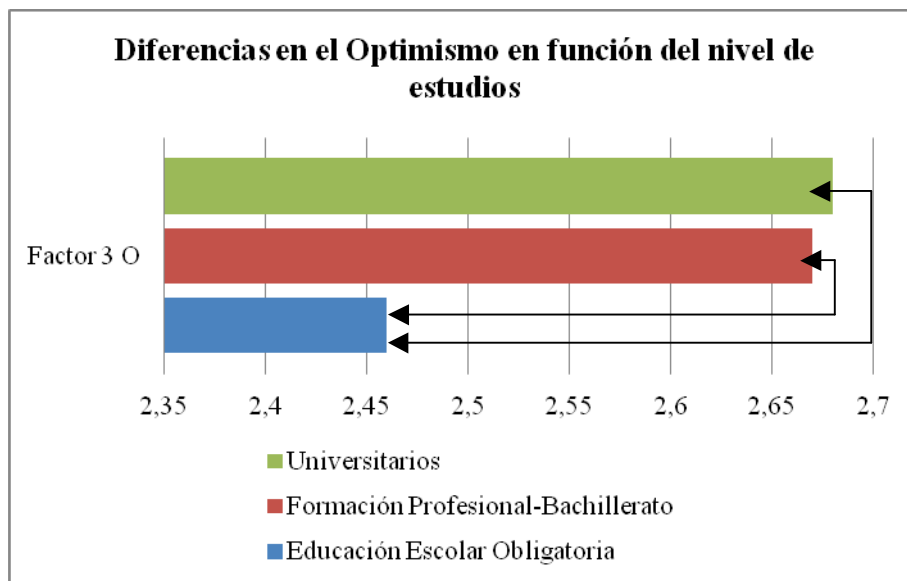


Gráfico 25. Diferencias significativas de medias en Optimismo en función del Nivel de Estudios

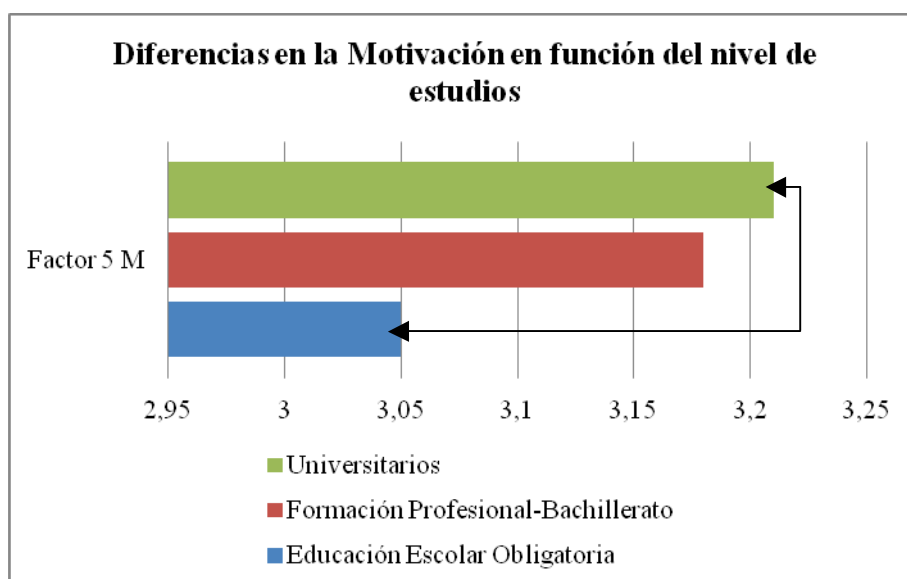


Gráfico 26. Diferencias significativas de medias en Motivación en función del Nivel de Estudios

Los resultados obtenidos permiten aceptar solo en parte la hipótesis 11, que sostiene que no habrá diferencias estadísticamente significativas en la percepción que tienen las personas de la Dermatología Estética, en función de su nivel de estudios. Esta hipótesis se confirma respecto a la *importancia que dan las personas de todos los niveles educativos al aspecto estético de la piel*. Sin embargo, en lo relativo a la *información y actitud hacia la Dermatología Estética*, las personas con solo estudios obligatorios tienden a estar menos de acuerdo con estos aspectos que las personas con estudios de bachiller y universitarios. Por otra parte, quienes tienen sólo estudios obligatorios tienden a estar más de acuerdo que los restantes en considerar que los resultados de la Dermatología Estética pueden contribuir a mejorar su bienestar emocional. De hecho, quienes sólo tienen estudios obligatorios tienden a ser significativamente menos optimistas que los restantes, y mostrar menos motivación que quienes tienen estudios universitarios. Ello permite confirmar la parte de la hipótesis 11 que planteaba que las personas con niveles de estudios más altos o universitarios tendrán un mayor grado de bienestar emocional que las que tienen estudios más bajos. No obstante, cabe decir que, en general, las personas que han participado en este estudio tienden a percibirse con un grado adecuado de autoestima y asertividad.

### III.3.2.8. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética y del bienestar emocional en función del número de hijos

Este análisis permite responder al Objetivo 12: "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función del número de hijos".

Los resultados obtenidos sobre los factores del cuestionario en función del Número de Hijos se resumen en la tabla 14.

Tabla 14. Diferencias significativas de medias en los Factores del Cuestionario en función del número de hijos

Factores cuestionario DEBIE						
Diferencias significativas por HIJOS (ANOVA)						
1) Sin hijos; 2) Un hijo/a; 3) Dos hijos/as; 4) Tres o más hijos/as						
N=Número de sujetos; Sx=Desviación típica	Descriptivos				LEVENE F Prob WELCH	Interpretación
Factores	N 1, 2, 3, 4	% Casos por hijos	Medias 1, 2, 3, 4	Sx 1, 2, 3, 4	Levene p>,05 Igual Welch p≤,05 Igual	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	393(1) 102(2) 160(3) 50(4) 705Total	55,7% 14,5% 22,7% 7,1%	2,48(1) 2,29(2) 2,49(3) 2,52(4) 2,46Total	,70(1) ,67(2) ,76(3) ,76(4) ,72Total	Levene 0,304 Si hom 2,21 F 0,085 p	No Difer.significativas
FACTOR 2 Autoestima y Asertividad (AA)	387(1) 106(2) 155(3) 48(4) 696Total	55,6% 15,2% 22,3% 6,9%	2,96(1) 3,00(2) 3,01(3) 3,10(4) 2,99Total	,43(1) ,43(2) ,49(3) ,43(4) ,44Total	Levene 0,104 Si hom 1,46 F 0,224 p	No Difer.signifi.
FACTOR 3 Optimismo (O)	393(1) 105(2) 154(3) 50(4) 702Total	56% 15% 21,9% 7,1%	2,66(1) 2,63(2) 2,64(3) 2,78(4) 2,66Total	,50(1) ,51(2) ,51(3) ,44(4) ,50Total	Levene 0,588 Si hom 1,18 F 0,316 p	No Difer.signifi.
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	393(1) 105(2) 158(3) 49(4) 705Total	55,7% 14,9% 22,4% 7%	2,67(1) 2,51(2) 2,69(3) 2,61(4) 2,64Total	,61(1) ,64(2) ,68(3) ,78(4) ,65Total	Levene 0,144 Si hom 1,91 F 0,126 p	No Difer.signifi.
FACTOR 5 Motivación	398(1) 104(2) 161(3) 50(4) 713Total	55,8% 14,6% 22,6% 7%	3,25(1) 3,12(2) 3,07(3) 3,17(4) 3,19Total	,41(1) ,50(2) ,44(3) ,39(4) ,43Total	Welch 8,15 0,000 Games- Howell 0,050 p. 1>2 Games- Howell 0,000 p. 1>3	Difer.signifi. Edad <b>Games-Howell: 1&gt;2, (0,050 p.)</b> Más las personas sin hijos que aquellas con un hijo <b>Games-Howell: 1&gt;3, (0,000 p.)</b> Más las personas sin hijos que aquellas con dos hijos
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	401(1) 108(2) 167(3) 53(4) 729Total	55% 14,8% 22,9% 7,3%	2,91(1) 2,91(2) 2,95(3) 3,01(4) 2,93Total	,61(1) ,58(2) ,61(3) ,68(4) ,61Total	Levene 0,559 Si hom 0,548F 0,650 p	No Difer.signifi.

El número de hijos sólo ejerce diferencias estadísticamente significativas en el Factor 5- *Motivación (M)*, relacionado con Bienestar Personal Emocional, ( $W_{(3,171)}=8,158$ ;  $p=0,000$ ), según la tendencia que marcan los porcentajes, la media y la desviación típica. Las personas sin hijos perciben más motivación en su vida personal que aquellas con hijos, independientemente de que tengan uno o dos (gráfico 27). Esto podría guardar cierta relación con el tiempo que uno puede dedicarse a sí mismo, que será mayor en las personas sin hijos.

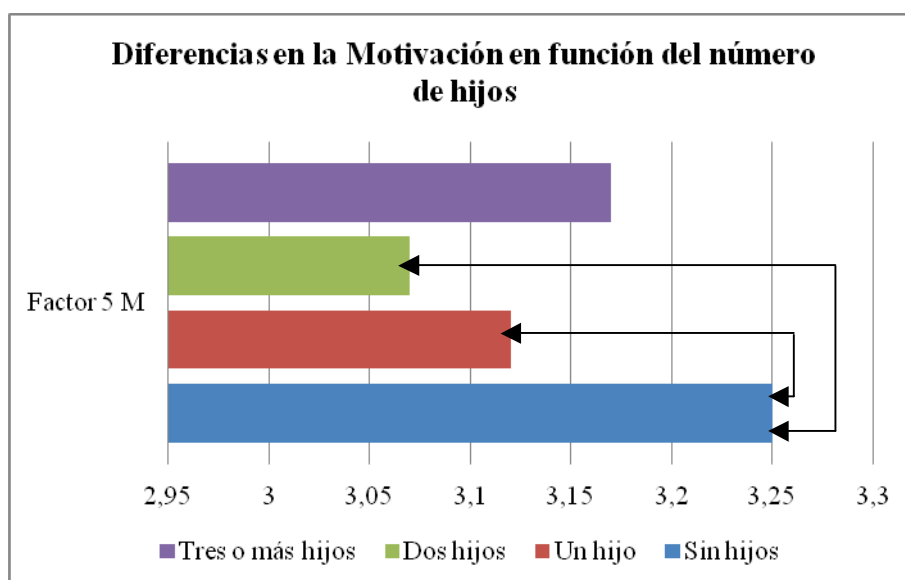


Gráfico 27. Diferencias significativas de medias en Motivación en función del número de hijos/as

Los resultados obtenidos llevan a rechazar la hipótesis 12, que sostiene que las personas sin hijos se preocupan más por el aspecto estético de la piel y tienen más información y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos, que las personas con hijos. En este estudio, todas ellas tienden a responder de un modo similar, manifestando estar de acuerdo con los aspectos analizados. De igual modo sucede con los indicadores de bienestar emocional: la mayoría de las personas de la muestra tienden



a estar de acuerdo por igual en percibirse con autoestima, asertividad y optimismo, con independencia del número de hijos. No obstante, en lo referido a motivación, sí se cumple la hipótesis de que las personas sin hijos se perciben con más bienestar emocional que las personas con hijos.

#### **III.3.2.9. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función de los ingresos globales familiares**

Este análisis permite responder al Objetivo 13. "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función de los ingresos globales familiares".

Los resultados obtenidos sobre los factores del cuestionario en función del Nivel de Ingresos se resumen en la tabla 15.

Tabla 15. Diferencias significativas en los Factores del Cuestionario en función de los Ingresos Familiares

Factores cuestionario DEBIE						
Diferencias significativas por INGRESOS FAMILIARES (ANOVA)						
1) Menos de 1.000 euros; 2) Entre 1.000 y 2.500 euros; 3) Más de 2.500 euros;						
N=Número de sujetos; Sx=Desviación típica	Descriptivos				LEVENE F Prob WELCH	Interpretación
Factores	N 1, 2, 3	% Casos por ingresos familiares	Medias 1, 2, 3	Sx 1, 2, 3	Levene p>,05 Igual Welch p<,05 Igual	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	72(1) 384(2) 243(3) 699Total	10,3% 54,9% 34,8%	2,62(1) 2,46(2) 2,43(3) 2,46Total	,70(1) ,73(2) ,70(3) ,71Total	Levene 0,470 Si hom 1,98 F 0,139p	No Difer.signifi.
FACTOR 2 Autoestima y Asertividad (AA)	74(1) 373(2) 242(3) 689Total	10,7% 54,1% 35,1%	2,78(1) 2,99(2) 3,04(3) 2,99Total	,51(1) ,42(2) ,44(3) ,44Total	Welch 7,67 0,004 Games-Howell 0,001 p. 1<2 Games-Howell 0,000 p. 1<3	Difer.signifi. Ingresos Familiares <b>Games-Howell: 1&lt;2, (0,001 p.)</b> Menos los de 1.000 euros que los de entre 1.000 y 2.500 euros <b>Games-Howell:1&lt;3, (0,000 p.)</b> Menos los de 1.000 euros que los de más de 2.500 euros
FACTOR 3 Optimismo (O)	71(1) 384(2) 239(3) 694Total	10,2% 55,3% 34,4%	2,39(1) 2,63(2) 2,78(3) 2,66Total	,54(1) ,48(2) ,47(3) ,50Total	Levene 0,275 Si hom 17,92 F 0,000 p Scheffe 0,001 p. 1<2 Scheffe 0,000 p. 1<3 Scheffe 0,002 p. 2<3	Si homog varianzas Difer.signifi. Ingresos Familiares <b>Scheffe: 1&lt;2, (0,001 p.)</b> Menos los de 1.000 euros que los de entre 1.000 y 2.500 euros <b>Scheffe: 1&lt;3, (0,000 p.)</b> Menos los de 1.000 euros que los de más de 2.500 euros <b>Scheffe: 2&lt;3, (0,002 p.)</b> Menos los de entre 1.000 y 2.500 euros que los de más de 2.500 euros
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	72(1) 378(2) 246(3) 699Total	10,3% 54,1% 35,6%	2,51(1) 2,63(2) 2,71(3) 2,65Total	,65(1) ,63(2) ,66(3) ,65Total	Levene 0,729 Si hom 2,85 F 0,058 p	No Difer.signifi.
FACTOR 5 Motivación (M)	75(1) 384(2) 246(3) 705Total	10,6% 54,5% 34,9%	3,06(1) 3,20(2) 3,22(3) 3,18Total	,50(1) ,42(2) ,42(3) ,43Total	Levene 0,171 Si hom 3,34 F 0,036 p Scheffe 0,046 p. 1<2	Si homog varianzas Difer.signifi. Ingresos Familiares <b>Scheffe: 1&lt;2, (0,046 p.)</b> Menos los de 1.000 euros que los de entre 1.000 y 2.500 euros
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	77(1) 390(2) 257(3) 724Total	10,6% 53,9% 35,5%	3,03(1) 2,89(2) 2,95(3) 2,93Total	,61(1) ,62(2) ,60(3) ,61Total	Levene 0,481 Si hom 1,88 F 0,153 p	No Difer.signifi.

0,000p.

Los ingresos económicos ejercen diferencias estadísticamente significativas en los Factores de Bienestar Personal Emocional, según la tendencia que marcan los porcentajes, la media y la desviación típica, pero no en los Factores de Dermatología Estética.

Existen diferencias estadísticamente significativas en el en el Factor 2-*Autoestima y Asertividad (AA)* (gráfico 28) ( $W_{(2, 191)}=7,673$ ;  $p=0,004$ ), en el Factor 3-*Optimismo (O)* (gráfico 29) ( $F_{(2, 693)}=17,921$ ;  $p=0,000$ ) y en el Factor 5-*Motivación* (gráfico 30) ( $F_{(2, 704)}=3,344$ ;  $p=0,036$ ). Las personas con ingresos familiares globales medios -entre 1.000-2.500 euros- y altos -más de 2.500 euros-, manifiestan mayor autoestima y asertividad, se muestran más optimistas, y están más motivadas que las personas con ingresos más bajos -menos de 1.000 euros-. Esto podría condicionar la iniciativa y motivación de logro de estas últimas, ya sea en el ámbito profesional, social o personal.

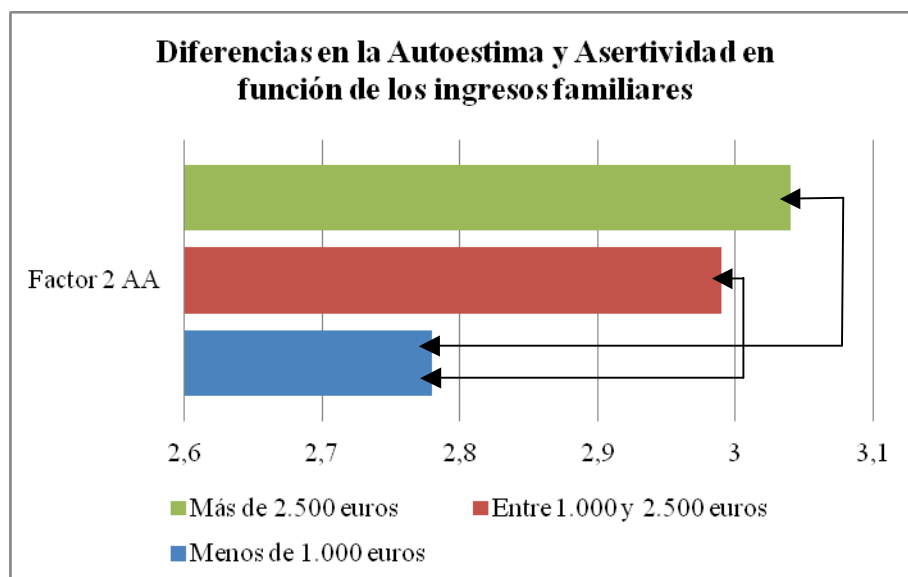


Gráfico 28. Diferencias significativas en Autoestima y Asertividad en función de los Ingresos Familiares

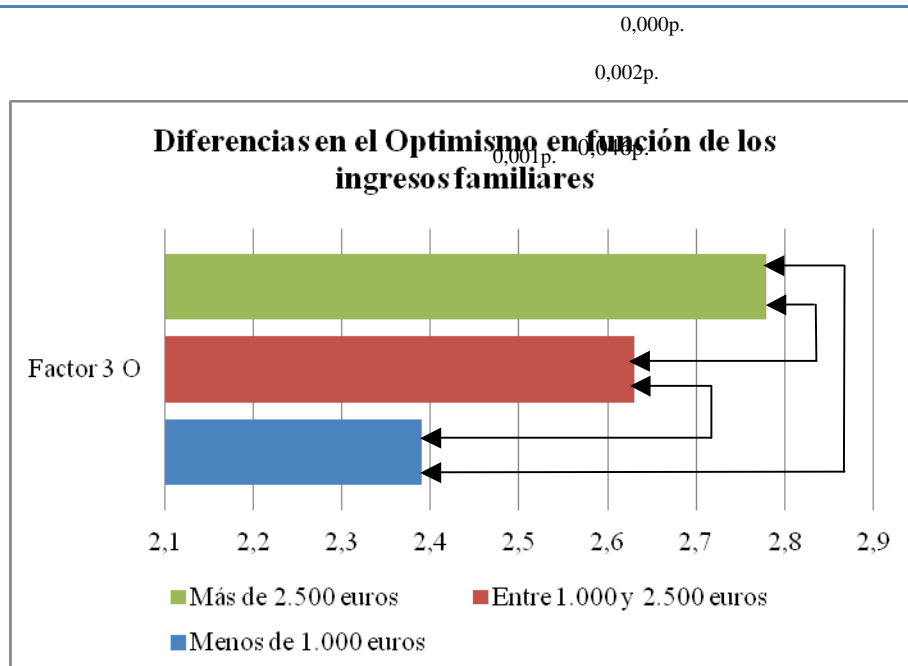


Gráfico 29. Diferencias significativas en Optimismo en función de los Ingresos Familiares

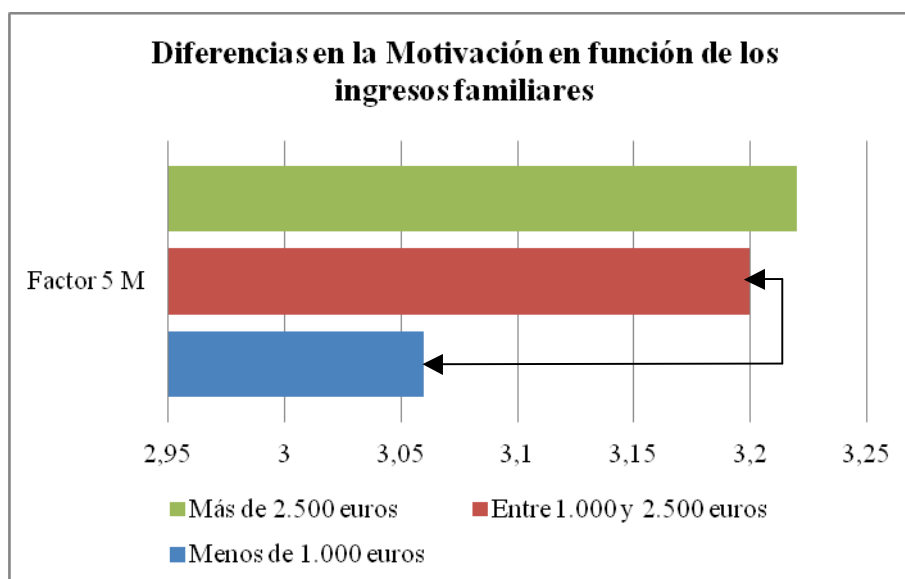


Gráfico 30. Diferencias significativas en Motivación en función de los Ingresos Familiares

Los resultados obtenidos llevan a rechazar la hipótesis 13 que planteaba que las personas con más ingresos económicos tienen significativamente más información sobre Dermatología Estética y una mejor actitud hacia ella y hacia sus tratamientos que las personas con menos ingresos; las diferencias no resultan significativas, indicando que

las personas de este estudio, en general, tienden a estar de acuerdo por igual en considerar que tienen información al respecto. Lo mismo sucede al referirse a la percepción sobre los tratamientos de Dermatología Estética y su potencial para mejorar el bienestar personal emocional: no se encuentran diferencias significativas, indicando los valores de las medias aritméticas que la mayoría de las personas de este estudio de cualquier nivel de ingresos, tienden a dudar de que los efectos de estos tratamientos les ayuden a mejorar su bienestar emocional. Sin embargo, sí se acepta la hipótesis de que las personas con niveles de ingresos familiares globales inferiores a mil euros presentan características de bienestar emocional significativamente más bajas que las personas que tienen ingresos más elevados: son menos asertivos, optimistas y están menos motivados. En este estudio, el optimismo incrementa progresivamente a medida que incrementa también el nivel de ingresos.

#### **III.3.2.10. Análisis de diferencias en los factores de Dermatología Estética en función de los factores de bienestar personal emocional considerando el Sexo y la Edad**

Con la finalidad de explorar las diferencias en los Factores de Dermatología Estética (*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética-RPDE*, *Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética-CADE* e *Importancia del Aspecto Estético de la Piel-IAEP*) en función de las variables Sexo y Edad, y de los Factores de Bienestar Personal Emocional (*Autoestima y Asertividad-AA*, *Optimismo-O* y *Motivación-M*), se realizaron análisis independientes para las mujeres, los hombres y los distintos grupos de edad (18-26 años, 27-44 años, 45-65 años, y más de 65 años). Para ello se calculó la t de Student

para muestras independientes, tomando los Factores de Dermatología Estética (Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética-RPDE*, Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética-CADE* y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la Piel-IAEP*) como las variables a contrastar, e introduciendo los Factores de Bienestar Personal Emocional (Factor 2-*Autoestima y Asertividad-AA*, Factor 3-*Optimismo (O)* y Factor 5-*Motivación-M*) como variables de agrupación.

Para ello, los Factores de Bienestar Personal Emocional obtenidos mediante el análisis factorial (Factor 2-*Autoestima y Asertividad-AA*; Factor 3-*Optimismo-O* y Factor 5-*Motivación-M*) se recodificaron en dos niveles: el primero agrupaba las puntuaciones inferiores 1 y 2 con las opciones de respuesta "Nunca"- "A veces" y "Total Desacuerdo"- "Desacuerdo", y el segundo agrupaba las puntuaciones superiores 3 y 4 con las opciones de respuesta "Muchas veces"- "Siempre" y "De acuerdo-Total Acuerdo"; obteniendo con ello dos niveles diferenciados para cada uno de los factores, que se identificaban con un nivel bajo y alto respectivamente.

En cada análisis, se tuvo en cuenta si se cumplía la condición de homogeneidad de la varianzas (Prueba de Levene) a través del estadístico F de Snedecor. En los casos en los que no se cumplía la igualdad de las varianzas, se utilizó el valor de la t de Student aplicando una varianza promediada entre las varianzas de cada grupo.

### III.3.2.10.1. Análisis de diferencias entre las Mujeres en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional

Este análisis permite responder al Objetivo 14: "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las Mujeres en su percepción de la Dermatología Estética en función de su grado de bienestar emocional".

En la tabla 16 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias entre las **Mujeres** en los Factores de Dermatología Estética **en función de su grado de Autoestima y Asertividad (AA) (Factor 2)**.

Tabla 16. Diferencias significativas entre las Mujeres en los Factores de Dermatología Estética en función de su grado de **Autoestima y Asertividad (AA) (Factor 2)**

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas entre las Mujeres en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 2-Autoestima y Asertividad					
1-Baja Autoestima y Asertividad (BA) - 2-Alta Autoestima y Asertividad (AA)					
Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T, BA,AA	Medias (M) T, BA,AA	Sx T, BA,AA	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	481T 69BA 412AA	2,51T 2,57BA 2,50AA	,69T ,68BA ,69AA	0,838t 0,402p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	479T 68BA 411AA	2,74T 2,58BA 2,77AA	,63T ,67BA ,63AA	-2,23t 0,026p	Las mujeres con alta autoestima y asertividad tienen mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética que las mujeres con baja autoestima y asertividad
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	489T 67BA 422AA	2,95T 3,02BA 2,94AA	,60T ,61BA ,60AA	0,814t 0,322p	No hay diferencias estadísticamente significativas

La Autoestima y Asertividad ejercen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres en el Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética* ( $t_{(477)} = -2,23$ ;  $p=0,026$ ): aquellas con alta autoestima y asertividad tienden a estar más de acuerdo que las mujeres con baja autoestima en considerar que tienen una actitud positiva hacia la Dermatología Estética. No obstante, ambos grupos de mujeres responden entre el "acuerdo" y el "desacuerdo" con "tener conocimientos sobre Dermatología Estética y una actitud positiva hacia ella", tal como indican los valores de las medias aritméticas en cada grupo (MAA=2,77; SxAA=0.63; MBA=2.58, SxBA=0.67).

Por otra parte, las mujeres tanto con alta como con baja autoestima y asertividad, tienden a estar de acuerdo en que *el aspecto estético de la piel es importante* (Factor 6) ( $t=0,81$ ;  $p=0,32$ ; MAA=2,94; SxAA=0.60; MBA=3,02; SxBA=0.61). Sin embargo, no llegan a estar del todo de acuerdo en considerar que los *resultados de la Dermatología Estética les puedan ayudar a mejorar su bienestar personal y social* (Factor 1) ( $t=0,83$ ;  $p=0,40$ ; MAA=2,50; SxAA=0.69; MBA=2,57; SxBA=0.68)

En la tabla 17 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias entre las **Mujeres** en los Factores de Dermatología Estética en función de su grado de *Optimismo (O) (Factor 3)*.



Tabla 17. Diferencias significativas entre las Mujeres en los Factores de Dermatología Estética en función de su grado de **Optimismo** ( **Factor 3**)

Factores Cuestionario DEBIE Diferencias significativas entre las Mujeres en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 3-Optimismo Bajo Optimismo (BO) – Alto Optimismo (AO)					
Escala:1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA 1-Total Desacuerdo, 2- Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T, BO,AO	Medias T, BO,AO	Sx T, BO,AO	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	487T 218BO 269AO	2,52T 2,56BO 2,48AO	,68T ,69BO ,68AO	1,11t 0,265p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	486T 219BO 267AO	2,74T 2,66BO 2,81AO	,63T ,65BO ,62AO	-2,63t 0,009p	Las mujeres con alto optimismo tienen mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética que las mujeres con bajo optimismo
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	493T 220BO 273AO	2,96T 2,97BO 2,96AO	,60T ,58BO ,62AO	0,445t 0,657p	No hay diferencias estadísticamente significativas

El Optimismo ejerce diferencias estadísticamente significativas entre las Mujeres en el Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética* ( $t_{(484)} = -2,63$ ;  $p = 0,009$ ): aquellas con alto grado de optimismo tienen mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética que aquellas con bajo grado. No obstante, ambos grupos responden entre el "acuerdo" y el "desacuerdo" en estos aspectos, como indican los valores de sus medias aritméticas ( $MAO = 2,81$ ;  $SxAO = 0,62$ ;  $MBO = 2,66$ ,  $SxBA = 0,65$ ).

Por otra parte, las mujeres tanto con alto como con bajo grado de optimismo, tienden a estar de acuerdo en considerar que *el aspecto estético de la piel es importante* (Factor 6) ( $t = -0,44$ ;  $p = 0,65$ ;  $MAO = 2,96$ ;  $SxAO = 0,62$ ;  $MBO = 2,97$ ;  $SxBO = 0,58$ ). Sin embargo, no llegan a estar del todo de acuerdo en considerar que *los resultados de la Dermatología Estética les puedan ayudar a mejorar su*

*bienestar personal y social* (Factor 1) ( $t=0,83$ ;  $p=0,40$ ;  $MAA=2,50$ ;  $SxAA=0.69$ ;  $MBA=2,57$ ;  $SxBA=0.68$ ).

En la tabla 18 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias entre las **Mujeres** en los Factores de Dermatología Estética en función de su grado de **Motivación (Factor 5)**.

Tabla 18. Diferencias significativas entre las Mujeres en los Factores de Dermatología Estética en función de su grado de **Motivación (Factor 5)**

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas entre las Mujeres en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 5-Motivación					
Baja Motivación (BM) – Alta Motivación (AM)					
Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T, BM, AM	Medias T, BM, AM	Sx T, BM, AM	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	490T 28BM 462AM	2,53T 2,71BM 2,52AM	,69T ,64BM ,69AM	0,428t 0,149p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	484T 30BM 454AM	2,74T 2,48BM 2,75AM	,64T ,72BM ,63AM	-2,22t 0,026p	Las mujeres con alta motivación tienen mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética que las mujeres con baja motivación
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	499T 27BM 472AM	2,96T 2,94BM 2,96AM	,61T ,51BM ,61AM	-0,171t 0,865p	No hay diferencias estadísticamente significativas

La motivación ejerce diferencias estadísticamente significativas entre las Mujeres en el Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética* ( $t_{(477)} = -2,23$ ;  $p=0,026$ ): aquellas con alto grado de motivación tienen mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética que aquellas con bajo grado de motivación; si bien ambos grupos responden entre el "acuerdo" y el "desacuerdo" al considerar que *tienen conocimientos sobre Dermatología Estética y que su actitud hacia ella es positiva*, como indican los

valores de las medias aritméticas en cada grupo (MAM=2,75; SxAM=0,63; MBM=2,48, SxBM=0,72).

Por otra parte, las mujeres tanto con alto como con bajo grado de motivación, tienden a estar de acuerdo en considerar que *el aspecto estético de la piel es importante* (Factor 6) ( $t=-0,17$ ;  $p=0,86$ ; MAM=2,96; SxAM=0.61; MBM=2,94; SxBM=0,51). Sin embargo, no llegan a estar del todo de acuerdo en considerar que *los resultados de la Dermatología Estética les puedan ayudar a mejorar su bienestar personal y social* (Factor 1) ( $t=0,42$ ;  $p=0,14$ ; MAM=2,52; SxAM=0.69; MBM=2,71; SxBM=0.64).

En el gráfico 31 se muestran las diferencias de medias entre las Mujeres en *Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética* (Factor 4) en función de su *Autoestima y Asertividad* (Factor 2), *Optimismo* (Factor 3) y *Motivación* (Factor 5).

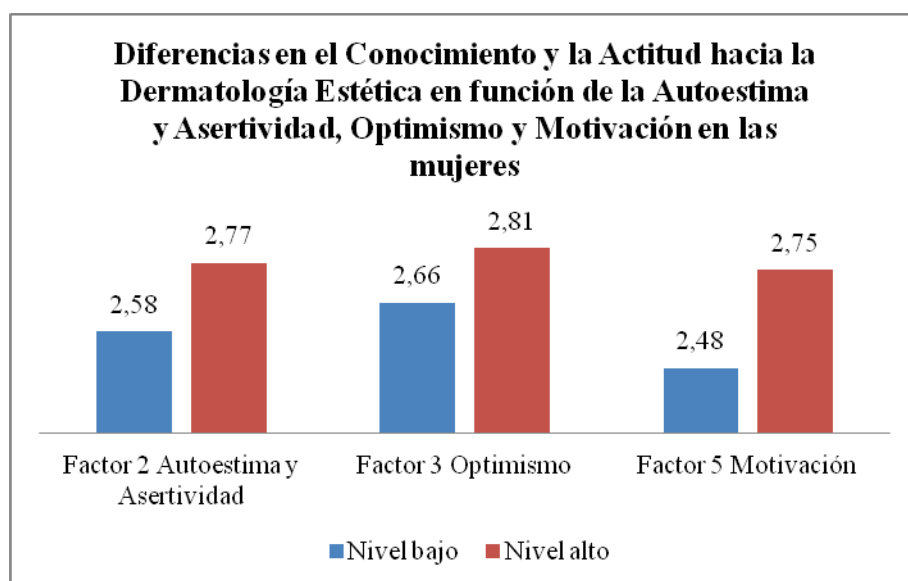


Gráfico 31. Diferencias de medias entre las Mujeres *en Conocimiento y la Actitud hacia la Dermatología Estética* (Factor 4) en función de su *Autoestima y Asertividad* (Factor 2), *Optimismo* (Factor 3) y *Motivación* (Factor 5)

De acuerdo con los resultados obtenidos, la hipótesis 14 se confirma parcialmente. Las mujeres con alta autoestima y asertividad, así como las más optimistas y las más motivadas, tienen significativamente mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética que las mujeres con baja autoestima y asertividad, con menos optimismo y con menos motivación. Sin embargo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres al considerar la importancia que conceden al aspecto estético de la piel y a que los resultados de la Dermatología Estética les puedan ayudar a sentirse mejor consigo mismas y con los demás. En estos aspectos tienden todas a estar entre el acuerdo y el desacuerdo con independencia de sus características emocionales.

### III.3.2.10.2. Análisis de las diferencias entre los Hombres en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional

Este análisis permite responder al Objetivo 15: "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los Hombres en su percepción de la Dermatología Estética, en función de su grado de bienestar emocional".

En la tabla 19 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias entre los **Hombres** en los Factores de Dermatología Estética en función de su grado de *Autoestima y Asertividad (Factor 2)*.

Tabla 19. Diferencias significativas entre los Hombres en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Autoestima y Asertividad (Factor 2)*

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas entre los Hombres en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 2-Autoestima y Asertividad					
Baja Autoestima y Asertividad (BA) - Alta Autoestima y Asertividad (AA)					
Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T, BA,AA	Medias T, BA,AA	Sx T, BA,AA	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	189T 22BA 167AA	2,33T 2,46BA 2,31AA	,72T ,47BA ,74AA	0,004t 0,356p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	191T 22BA 169AA	2,42T 2,44BA 2,41AA	,58T ,58BA ,58AA	0,422t 0,827p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	192T 21BA 171AA	2,79T 2,84BA 2,78AA	,61T ,55BA ,62AA	0,338t 0,687p	No hay diferencias estadísticamente significativas

La autoestima y la asertividad no ejercen diferencias estadísticamente significativas entre los hombres que participan en esta investigación en ninguno de los factores de Dermatología Estética analizados: Factor 1-*Resultados*

*Percibidos de la Dermatología Estética* ( $t=0,004$ ;  $p=0,35$ ), Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética* ( $t=0,422$ ;  $p=0,82$ ), y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la piel* ( $t=0,33$ ;  $p=0,68$ ). Es decir, los hombres tienden a percibir de igual modo los aspectos analizados de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de autoestima y asertividad. Esta tendencia es a estar entre "de acuerdo" y "en desacuerdo" con estos aspectos, tal como indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,31 y 2,84).

En la tabla 20 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias entre los **Hombres** en los Factores de Dermatología Estética en función de su grado de **Optimismo (Factor 3)**.

Tabla 20. Diferencias significativas entre los Hombres en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Optimismo* (Factor 3)

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas entre los Hombres en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 3-Optimismo					
Bajo Optimismo (BO) – Alto Optimismo (AO)					
Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T, BO,AO	Medias T, BO,AO	Sx T, BO,AO	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	192T 72BO 120AO	2,33T 2,30BO 2,34AO	,69T ,64BO ,69AO	-0,403t .687p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	193T 72BO 121AO	2,41T 2,40BO 2,42AO	,64T ,72BO ,63AO	-0,308t 0,759p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	193T 121BO 193AO	2,80T 2,75BO 2,84AO	,61T ,51BO ,61AO	-1,00t 0,315p	No hay diferencias estadísticamente significativas

El Optimismo no ejerce diferencias estadísticamente significativas entre los hombres que participan en esta investigación en ninguno de los factores de

Dermatología Estética analizados: Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética* ( $t=0,004$ ;  $p=0,35$ ), Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética* ( $t=0,422$ ;  $p=0,82$ ) y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la piel* ( $t=0,33$ ;  $p=0,68$ ). Es decir, los hombres tienden a percibir de igual modo los aspectos analizados de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de Optimismo. Esta tendencia es a estar entre "de acuerdo" y "en desacuerdo" con estos aspectos, tal como indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,30 y 2,84).

En la tabla 21 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias entre los **Hombres** en los Factores de Dermatología Estética en función de su grado de **Motivación (Factor 5)**.

Tabla 21. Diferencias significativas entre los Hombres en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Motivación* (Factor 5)

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas entre los Hombres en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 5-Motivación					
Baja Motivación (BM) – Alta Motivación (AM)					
<b>Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA</b> 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	<b>Descriptivos</b>			<b>t (BA-AA) Prob</b>	<b>Interpretación</b>
<b>Factores</b>	<b>N T,BM,AM</b>	<b>Medias T, BM,AM</b>	<b>Sx T, BM,AM</b>	<b>Student p&lt;0,05</b>	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	195T 15BM 180AM	2,33T 2,18BM 2,34AM	,72T ,62BM ,72AM	-0,802 t 0,423p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	196T 15BM 181AM	2,41T 2,26BM 2,42AM	,58T ,67BM ,57AM	0,295t 0,316p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	197T 15BM 182AM	2,79T 2,61BM 2,81AM	,61T ,38BM ,62AM	-1,18t 0,238p	No hay diferencias estadísticamente significativas

La Motivación no ejerce diferencias estadísticamente significativas entre los Hombres que participan en esta investigación en ninguno de los factores de Dermatología Estética analizados: Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética* ( $t=0,004$ ;  $p=0,35$ ), Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética* ( $t=0,422$ ;  $p=0,82$ ), y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la piel* ( $t=0,33$ ;  $p=0,68$ ). Es decir, los hombres tienden a percibir de igual modo los aspectos analizados de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de Motivación. Esta tendencia es a estar entre "de acuerdo" y "en desacuerdo" con estos aspectos, tal como indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,18 y 2,81).

Los resultados obtenidos permiten confirmar la hipótesis 15: No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los hombres con niveles altos y bajos de bienestar emocional al considerar la importancia que conceden al aspecto estético de la piel, al conocimiento y actitud que tienen hacia la Dermatología Estética y a que sus resultados les puedan ayudar a sentirse mejor consigo mismos y con los demás. En estos aspectos todos tienden a estar entre el acuerdo y el desacuerdo con independencia de sus características emocionales.



### III.3.2.10.3. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de 18-25 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional

Este análisis permite responder al Objetivo 16: "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 18-25 años en su percepción de la Dermatología Estética, en función de su grado de bienestar emocional".

En la tabla 22 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias en el grupo de Edad de **18-25 años** en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Autoestima y Asertividad (Factor 2)*.

Tabla 22. Diferencias significativas en el grupo de Edad de 18-25 años en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Autoestima y Asertividad (Factor 2)*

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias en el grupo de Edad entre 18 y 25 años en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 2-Autoestima y Asertividad					
(Baja Autoestima y Asertividad (BA) - Alta Autoestima y Asertividad (AA))					
<b>Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA</b> 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T, BA,AA	Medias T, BA,AA	Sx T, BA,AA	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	164T 28BA 136AA	2,38T 2,44BA 2,37AA	,63T ,61BA ,63AA	,587t ,558p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	163T 28BA 135AA	2,60T 2,36BA 2,65AA	,57T ,48BA ,58AA	-2,50t 0,013p	Las personas entre 18 y 25 años con alta autoestima y asertividad tienen mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética que las personas entre 18 y 25 años con baja autoestima y asertividad
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	165T 28BA 137AA	2,75T 2,86BA 2,73AA	,61T ,71BA ,59AA	1,04t 0,298p	No hay diferencias estadísticamente significativas

La autoestima y la asertividad ejercen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de edad de 18 a 25 años en el Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética* ( $t_{(161)}=-2,50$ ;  $p=0,013$ ), indicando que dentro de este grupo, las personas con alta autoestima y asertividad tienen significativamente mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética que las que tienen baja autoestima ( $MAA=2,65$ ;  $SxAA=0,58$ ;  $MBA=2,36$ ,  $SxBA=0,48$ ).

En el gráfico 32 se representan las diferencias de medias significativas detectadas.

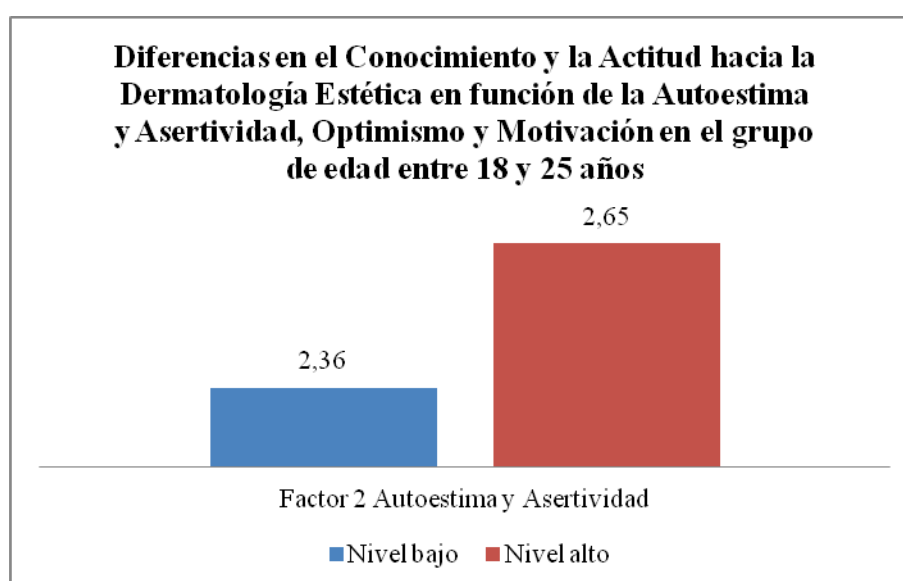


Gráfico 32. Diferencia de medias en el Conocimiento y la Actitud hacia la Dermatología Estética en función del Factor 2 *Autoestima y Asertividad* en el grupo de edad entre 18 y 25 años.

En el resto de factores de Dermatología Estética no se detectan diferencias estadísticamente significativas entre las personas de este grupo de edad en función de su autoestima y asertividad. En general, todas se encuentran entre el "acuerdo" y el "desacuerdo" al considerar los aspectos analizados, tal como

indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,36 y 2,86).

En la tabla 23 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias en el grupo de Edad de **18-25 años** en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Optimismo (Factor 3)*.

Tabla 23. Diferencias significativas en el grupo de Edad de 18-25 años en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Optimismo* (Factor 3)

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas en el grupo de edad entre 18 y 25 años en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 3-Optimismo					
Bajo Optimismo (BO) – Alto Optimismo (AO)					
Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T, BO,AO	Medias T, BO,AO	Sx T, BO,AO	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	166T 86BO 80AO	2,38T 2,41BO 2,34AO	,64T ,70BO ,58AO	0,664t 0,508p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	165T 85BO 165AO	2,61T 2,57BO 2,65AO	,57T ,60BO ,55AO	0,276t 0,355p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	167T 86BO 81AO	2,76T 2,83BO 2,69AO	,61T ,62BO ,59AO	0,643t 0,149p	No hay diferencias estadísticamente significativas

El Optimismo no ejerce diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 18 a 25 años que participan en esta investigación en ninguno de los factores de Dermatología Estética analizados: Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética* ( $t=0,004$ ;  $p=0,35$ ), Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética* ( $t=0,422$ ;  $p=0,82$ ) y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la piel* ( $t=0,33$ ;  $p=0,68$ ). Es decir, dentro de este grupo de edad, todas las personas tienden a percibir de igual modo los aspectos analizados de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de optimismo. Esta tendencia es a estar entre "de acuerdo" y "en desacuerdo" con estos aspectos, tal como

indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,34 y 2,83).

En la tabla 24 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias en el grupo de Edad de **18-25 años** en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Motivación (Factor 5)*.

Tabla 24. Diferencias significativas en el grupo de Edad de 18-25 años en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Motivación* (Factor 5)

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas en el grupo de edad entre 18 y 25 años en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 5-Motivación					
Baja Motivación (BM) – Alta Motivación (AM)					
Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T,BM,AM	Medias T, BM,AM	Sx T, BM,AM	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	167T 3BM 164AM	2,38T 2,00BM 2,39AM	,64T ,74BM ,64AM	0,830t 0,300p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	166T 3BM 163AM	2,60T 2,33BM 2,61AM	,58T ,60BM ,58AM	0,905t 0,412p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	168T 3M 165AM	2,76T 2,66BM 2,76AM	,61T ,28BM ,61AM	0,191t 0,786p	No hay diferencias estadísticamente significativas

La motivación no ejerce diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 18 a 25 años que participan en esta investigación en ninguno de los factores de Dermatología Estética analizados: Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética* ( $t=0,830$ ;  $p=0,30$ ), Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética* ( $t=0,905$ ;  $p=0,41$ ) y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la piel* ( $t=0,191$ ;  $p=0,78$ ). Es decir, dentro de este grupo de edad, todas las personas tienden a percibir de igual modo los aspectos analizados de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de motivación. Esta tendencia es a estar entre "de acuerdo" y "en desacuerdo" con estos aspectos, tal como

indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,00 y 2,76).

Los resultados obtenidos permiten confirmar parcialmente la hipótesis 16: "las personas de 18-25 años valoran de manera similar y positiva la Dermatología Estética, con independencia de sus características de bienestar emocional", dado que dentro de este grupo de edad, las personas con alta autoestima y asertividad tienen significativamente mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética (CADE-Factor 4) que las personas con baja autoestima y asertividad. Sin embargo, en el resto de factores analizados sí se confirma la hipótesis establecida: ni el optimismo ni la motivación influyen en este grupo de edad en este estudio, para que las personas le den más importancia al aspecto estético de la piel (IAEP-Factor 6) y tengan una actitud más positiva hacia los resultados de la Dermatología Estética (RPDE-Factor 1).

#### **III.3.2.10.4. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de 26-44 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional**

Este análisis permite responder al Objetivo 17: "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 26-44 años en su percepción de la Dermatología Estética, en función de su grado de bienestar emocional".

En la tabla 25 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias en el grupo de Edad de **26-44 años** en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Autoestima y Asertividad (Factor 2)*.

Tabla 25. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética en el grupo de Edad entre 26 y 44 años en función del grado de *Autoestima y Asertividad (Factor 2)*

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas en el grupo de edad 26 y 44 años en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 2-Autoestima y Asertividad					
Baja Autoestima y Asertividad (BA) - Alta Autoestima y Asertividad (AA)					
Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T, BA,AA	Medias T, BA,AA	Sx T, BA,AA	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	278T 28BA 250AA	2,44T 2,59BA 2,43AA	,73T ,73BA ,73AA	1,10t 0,269p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	274T 27BA 247AA	2,72T 2,79BA 2,71AA	,64T ,68BA ,64AA	0,561t 0,575p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	283T 26BA 257AA	2,93T 3,16BA 2,91AA	,61T ,64BA ,61AA	1,99t 0,047p	Las personas entre 26 y 44 años con baja autoestima y asertividad conceden más importancia al aspecto estético de su piel que las personas entre 26 y 44 años con alta autoestima y asertividad

La autoestima y la asertividad ejercen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de edad de 26-44 años en el Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)* ( $t_{(281)}=-1,99$ ;  $p=0,047$ ), indicando que dentro de este grupo, las personas con alta autoestima y asertividad dan menos importancia al aspecto estético de la piel que las que tienen baja autoestima ( $MAA=2,91$ ;  $SxAA=0,61$ ;  $MBA=3,16$ ,  $SxBA=0,61$ ).

En el gráfico 33 se representan las diferencias de medias significativas detectadas.

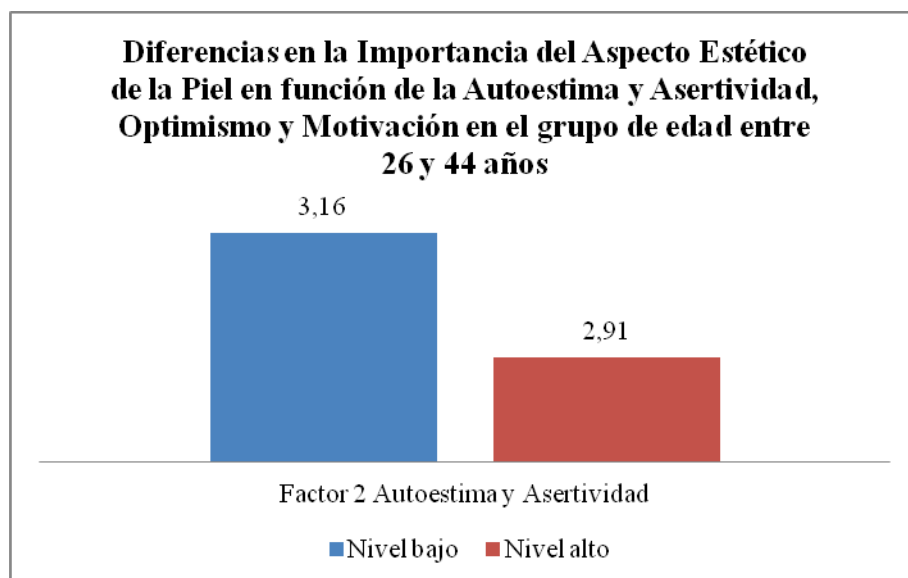


Gráfico 33. Diferencias en la Importancia del Aspecto Estético de la Piel en función de la Autoestima y Asertividad, Optimismo y Motivación en el grupo de edad entre 26 y 44 años.

En el resto de factores de Dermatología Estética no se detectan diferencias estadísticamente significativas entre las personas de este grupo de edad en función de su autoestima y asertividad. En general, todas se encuentran entre el "acuerdo" y el "desacuerdo" al considerar los aspectos analizados, tal como indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,43 y 3,16).

En la tabla 26 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias en el grupo de Edad de **26-44 años** en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Optimismo (Factor 3)*.

Tabla 26. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética en el grupo de Edad 26-44 años en función del grado de *Optimismo* (Factor 3).

Factores Cuestionario DEBIE Diferencias significativas en el grupo de edad entre 26 y 44 años en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 3 Optimismo Bajo Optimismo (BO) – Alto Optimismo (AO)					
Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T, BO,AO	Medias T, BO,AO	Sx T, BO,AO	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	285T 102BO 183AO	2,45T 2,51BO 2,43AO	,72T ,71BO ,72AO	0,917t 0,360p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	282T 101BO 181AO	2,72T 2,66BO 2,75AO	,63T ,66BO ,61AO	-1,18t 0,238p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	288T 102BO 186AO	2,94T 2,92BO 2,95AO	,62T ,58BO ,64AO	-0,349t 0,727p	No hay diferencias estadísticamente significativas

El Optimismo no ejerce diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 26 a 44 años que participan en esta investigación en ninguno de los factores de Dermatología Estética analizados: Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética* ( $t=0,917$ ;  $p=0,36$ ), Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética* ( $t=-1,18$ ;  $p=0,23$ ) y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la piel* ( $t=-0,34$ ;  $p=0,72$ ). Es decir, dentro de este grupo de edad, todas las personas tienden a percibir de igual modo los aspectos analizados de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de optimismo. Esta tendencia es a estar entre "de acuerdo" y "en desacuerdo" con estos aspectos, tal como indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,43 y 2,95).

En la tabla 27 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias en el grupo de Edad de **26-44 años** en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Motivación* (Factor 5).



Tabla 27. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética en el grupo de Edad 26-44 años en función del grado de *Motivación* (Factor 5)

<b>Factores Cuestionario DEBIE</b> <b>Diferencias significativas en el grupo de edad entre 26 y 44 años en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 5-Motivación</b> <b>Baja Motivación (BM) – Alta Motivación (AM)</b>					
<b>Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA</b> 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	<b>Descriptivos</b>			<b>t (BA-AA) Prob</b>	<b>Interpretación</b>
<b>Factores</b>	<b>N T,BM,AM</b>	<b>Medias T, BM,AM</b>	<b>Sx T, BM,AM</b>	<b>Student p&lt;0,05</b>	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	284T 15BM 269AM	2,46T 2,53BM 2,46AM	,73T ,65BM ,74AM	0,352t 0,725p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	279T 15BM 264AM	2,71T 2,71BM 2,61AM	,64T ,78BM ,63AM	-0,834t 0,405p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	286T 15M 271AM	2,93T 2,90BM 2,94AM	,61T ,45BM ,62AM	-0,243t 0,808p	No hay diferencias estadísticamente significativas

La Motivación no ejerce diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 26 a 44 años que participan en esta investigación en ninguno de los factores de Dermatología Estética analizados: Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética* ( $t=0,352$ ;  $p=0,72$ ), Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética* ( $t=-0,83$ ;  $p=0,40$ ) y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la piel* ( $t=-0,24$ ;  $p=0,80$ ). Es decir, dentro de este grupo de edad, todas las personas tienden a percibir de igual modo los aspectos analizados de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de motivación. Esta tendencia es a estar entre "de acuerdo" y "en desacuerdo" con estos aspectos, tal como indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,46 y 2,94).

Los resultados obtenidos permiten confirmar parcialmente la hipótesis 17: "No se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 26 a 44 años en la percepción que tienen de la Dermatología Estética en función de sus características de bienestar emocional", dado que dentro de este grupo de

edad, las personas con *baja autoestima y asertividad* conceden significativamente mayor *importancia al aspecto estético de la piel* (IAEP-Factor 6) que las personas con alta autoestima y asertividad. Sin embargo, en el resto de factores analizados sí se confirma la hipótesis establecida: ni el optimismo ni la motivación influyen en este grupo de edad en este estudio, para que las personas conozcan más y tengan una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética (CADE-Factor 4) y hacia sus resultados (RPDE-Factor 1).

#### **III.3.2.10.5. Análisis de las diferencias en el grupo de edad 45-65 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional**

Este análisis permite responder al Objetivo 18: "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 45-65 años en su percepción de la Dermatología Estética, en función de su grado de bienestar emocional".

En la tabla 28 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias en el grupo de Edad de **45-65 años** en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Autoestima y Asertividad (Factor 2)*.

Tabla 28. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética para el grupo de edad 45-65 años en función del grado de *Autoestima* y *Asertividad* (Factor 2)

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas en el grupo de edad entre 45 y 65 años en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 2-Autoestima y Asertividad					
Baja Autoestima y Asertividad (BA) - Alta Autoestima y Asertividad (AA)					
<b>Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA</b> 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T, BA, AA	Medias T, BA, AA	Sx T, BA, AA	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	191T 27BA 164AA	2,51T 2,58BA 2,49AA	,70T ,56BA ,73AA	0,582t 0,561p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	194T 27BA 167AA	2,63T 2,56BA 2,64AA	,64T ,63BA ,65AA	0,646t 0,574p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	193T 26BA 167AA	2,98T 2,96BA 2,99AA	,57T ,41BA ,59AA	0,100t 0,789p	No hay diferencias estadísticamente significativas

La Autoestima y Asertividad no ejercen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 45-65 años que participan en esta investigación en ninguno de los factores de Dermatología Estética analizados: Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética-RPDE* ( $t=0,58$ ;  $p=0,56$ ), Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética-CADE* ( $t=-0,64$ ;  $p=0,57$ ) y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la Piel-IAEP* ( $t=0,10$ ;  $p=0,78$ ). Es decir, dentro de este grupo de edad, todas las personas tienden a percibir de igual modo los aspectos analizados de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de Autoestima y Asertividad. Esta tendencia es a estar entre "de acuerdo" y "en desacuerdo" con estos aspectos, tal como indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,49 y 2,99).

En la tabla 29 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias en el grupo de Edad de **45-65 años** en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Optimismo (Factor 3)*.

Tabla 29. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética para el grupo de edad 45-65 años en función del grado de *Optimismo* (Factor 3)

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas en el grupo de edad entre 45 y 65 años en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 3-Optimismo					
Bajo Optimismo (BO) – Alto Optimismo (AO)					
Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T, BO, AO	Medias T, BO, AO	Sx T, BO, AO	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	187T 87BO 100AO	2,50T 2,53BO 2,49AO	,70T ,69BO ,72AO	0,868t 0,708p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	189T 89BO 100AO	2,64T 2,65BO 2,63AO	,64T ,59BO ,69AO	0,195t 0,874p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	187T 88BO 99AO	2,98T 2,92BO 3,03AO	,57T ,55BO ,58AO	-1,27t 0,204p	No hay diferencias estadísticamente significativas

El Optimismo no ejerce diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 45-65 años que participan en esta investigación en ninguno de los factores de Dermatología Estética analizados: Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética-RPDE* (t=0,86; p=0,70), Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética-CADE* (t=0,19; p=0,87) y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la Piel-IAEP* (t=-1,27; p=0,20). Es decir, dentro de este grupo de edad, todas las personas tienden a percibir de igual modo los aspectos analizados de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de Optimismo. Esta tendencia es a estar entre "de acuerdo" y "en desacuerdo" con

estos aspectos, tal como indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,49 y 3,03).

En la tabla 30 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias en el grupo de Edad de **45-65 años** en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Motivación (Factor 5)*.

Tabla 30. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética para el grupo de edad 45-65 años en función del grado de *Motivación* (Factor 5)

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas en el grupo de edad entre 45 y 65 años en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 5-Motivación					
Baja Motivación (BM) – Alta Motivación (AM)					
Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T,BM,AM	Medias T, BM,AM	Sx T, BM,AM	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	193T 20BM 173AM	2,51T 2,50BM 2,51AM	,71T ,67BM ,71AM	-0,086t 0,931p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	192T 22BM 163AM	2,63T 2,38BM 2,66AM	,65T ,63BM ,65AM	-1,90t 0,058p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	196T 19BM 177AM	2,99T 2,75BM 3,01AM	,57T ,52BM ,57AM	-1,93t 0,055p	No hay diferencias estadísticamente significativas

La Motivación no ejerce diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 45-65 años que participan en esta investigación en ninguno de los factores de Dermatología Estética analizados: Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética-RPDE* ( $t=-0,08$ ;  $p=0,93$ ), Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética-CADE* ( $t=-1,9$ ;  $p=0,05$ ) y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la Piel-IAEP* ( $t=-1,93$ ;  $p=0,05$ ). Es decir, dentro de este grupo de edad, todas las personas tienden a percibir de igual modo los aspectos analizados de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de Motivación. Esta tendencia es a estar entre "de acuerdo" y "en desacuerdo" con

estos aspectos, tal como indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,50 y 3,01).

Los resultados obtenidos no permiten confirmar la hipótesis 18: "Las personas entre 45 y 65 años con menor grado de bienestar emocional, estarán más preocupadas por el aspecto estético de su piel y tendrán una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos, que las personas de esta misma edad que tienen niveles óptimos de bienestar emocional". No se han detectado diferencias estadísticamente significativas en este grupo de edad en ninguno de los Factores de Dermatología Estética analizados en función de los factores de bienestar emocional: autoestima y asertividad, optimismo y motivación.

#### **III.3.2.10.6. Análisis de las diferencias en el grupo de edad de más de 65 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional**

Este análisis permite responder al Objetivo 19: "Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de más de 65 años en su percepción de la Dermatología Estética, en función de su grado de bienestar emocional".

En la tabla 31 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias en el grupo de Edad de **más de 65 años** en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Autoestima y Asertividad (Factor 2)*.

Tabla 31. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética para el grupo de edad de más de 65 años en función del grado de *Autoestima y Asertividad (Factor 2)*

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas en el grupo de edad de más de 65 años en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 2-Autoestima y Asertividad					
Baja Autoestima y Asertividad (BA) - Alta Autoestima y Asertividad (AA)					
Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T, BA,AA	Medias T, BA,AA	Sx T, BA,AA	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	41T 8BA 33AA	2,72T 2,64BA 2,74AA	,70T ,72BA ,71AA	-0,352t 0,727p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	43T 8BA 35AA	2,47T 2,37BA 2,49AA	,77T ,86BA ,76AA	-0,392t 0,697p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	44T 8BA 36AA	3,02T 2,87BA 3,06AA	,67T ,53BA ,70AA	-0,710t 0,482p	No hay diferencias estadísticamente significativas

La Autoestima y Asertividad no ejercen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de más de 65 años que participan en esta investigación en ninguno de los factores de Dermatología Estética analizados: Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética-RPDE* ( $t=0,38$ ;  $p=0,70$ ), Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética-CADE* ( $t=-1,88$ ;  $p=0,06$ ) y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la Piel-IAEP* ( $t=-0,64$ ;  $p=0,52$ ). Es decir, dentro de este grupo de edad, todas las personas tienden a percibir de igual modo los aspectos analizados de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de Autoestima y Asertividad. Esta tendencia es a estar entre "de acuerdo" y "en desacuerdo" con estos aspectos, tal

como indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,13 y 3,09).

En la tabla 32 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias en el grupo de Edad de **más de 65 años** en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Optimismo (Factor 3)*.

Tabla 32. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética para el grupo de edad de más de 65 años en función del grado de *Optimismo* (Factor 3)

Factores Cuestionario DEBIE					
Diferencias significativas en el grupo de edad de más de 65 años en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 3-Optimismo					
Bajo Optimismo (BO) – Alto Optimismo (AO)					
Escala: 1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	Descriptivos			t (BA-AA) Prob	Interpretación
Factores	N T, BO,AO	Medias T, BO,AO	Sx T, BO,AO	Student p<0,05	
FACTOR 1 Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	45T 17BO 28AO	2,72T 2,78BO 2,69AO	,77T ,61BO ,86AO	0,385t 0,702p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 4 Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	47T 18BO 29AO	2,41T 2,13BO 2,58AO	,81T ,72BO ,83AO	-1,88t 0,066p	No hay diferencias estadísticamente significativas
FACTOR 6 Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	48T 18BO 30AO	3,04T 2,95BO 3,09AO	,69T ,64BO ,72AO	-0,644t 0,523p	No hay diferencias estadísticamente significativas

El Optimismo no ejerce diferencias estadísticamente significativas entre las personas de más de 65 años que participan en esta investigación en ninguno de los factores de Dermatología Estética analizados: Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética-RPDE* ( $t=0,38$ ;  $p=0,70$ ), Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética-CADE* ( $t=-1,88$ ;  $p=0,06$ ) y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la Piel-IAEP* ( $t=-0,64$ ;  $p=0,52$ ). Es decir, dentro de este grupo de edad, todas las personas tienden a percibir de igual modo los aspectos analizados de Dermatología Estética, sea cual sea su



grado de Optimismo. Esta tendencia es a estar entre "de acuerdo" y "en desacuerdo" con estos aspectos, tal como indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,13 y 3,09).

En la tabla 33 se detallan los resultados obtenidos sobre las diferencias en el grupo de Edad de **más de 65 años** en los Factores de Dermatología Estética en función del grado de *Motivación (Factor 5)*.

Tabla 33. Diferencias significativas en los Factores de Dermatología Estética para el grupo de edad de más de 65 años en función del grado de *Motivación* (Factor 5)

<b>Factores Cuestionario DEBIE</b> <b>Diferencias significativas en el grupo de edad de más de 65 años en los Factores de Dermatología Estética en función del Factor 5-Motivación</b> <b>Baja Motivación (BM) – Alta Motivación (AM)</b>					
<b>Escala:1-TD, 2-D, 3-A, 4-TA</b> 1-Total Desacuerdo, 2-Desacuerdo, 3-Acuerdo, 4-Total Acuerdo	<b>Descriptivos</b>			<b>t (BA-AA) Prob</b>	<b>Interpretación</b>
<b>Factores</b>	<b>N T,BM,AM</b>	<b>Medias T, BM,AM</b>	<b>Sx T, BM,AM</b>	<b>Student p&lt;0,05</b>	
<b>FACTOR 1</b> Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)	45T 5BM 47AM	2,75T 2,96BM 2,72AM	,70T ,68BM ,70AM	0,735t 0,467p	No hay diferencias estadísticamente significativas
<b>FACTOR 4</b> Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)	47T 5BM 5AM	2,41T 2,10BM 2,45AM	,77T ,90BM ,76AM	-0,972t 0,336p	No hay diferencias estadísticamente significativas
<b>FACTOR 6</b> Importancia del Aspecto Estético de la Piel (IAEP)	49T 5BM 44AM	3,03T 3,00BM 3,03AM	,67T ,69BM ,68AM	-0,123t 0,902p	No hay diferencias estadísticamente significativas

La Motivación no ejerce diferencias estadísticamente significativas entre las personas de más de 65 años que participan en esta investigación en ninguno de los factores de Dermatología Estética analizados: Factor 1-*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética-RPDE* ( $t=-0,73$ ;  $p=0,46$ ), Factor 4-*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética-CADE* ( $t=-0,97$ ;  $p=0,33$ ) y Factor 6-*Importancia del Aspecto Estético de la Piel-IAEP* ( $t=-0,12$ ;  $p=0,90$ ).

Es decir, dentro de este grupo de edad, todas las personas tienden a percibir de igual modo los aspectos analizados de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de Motivación. Esta tendencia es a estar entre "de acuerdo" y "en desacuerdo" con estos aspectos, tal como indican los valores obtenidos en las medias aritméticas de cada grupo dentro de cada factor (oscilan entre 2,10 y 3,03).

Los resultados obtenidos no permiten confirmar la hipótesis 19: "Las personas de más de 65 años con menor grado de bienestar emocional, estarán más preocupadas por el aspecto estético de su piel y tendrán una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos, que las personas de su misma edad con niveles óptimos de bienestar emocional". No se han detectado diferencias estadísticamente significativas en este grupo de edad en ninguno de los Factores de Dermatología Estética analizados en función de los factores de bienestar emocional: autoestima y asertividad, optimismo y motivación.

### III.4. DISCUSIÓN

El objetivo general de esta investigación es conocer cómo percibe la población general la Dermatología Estética y su posible contribución al bienestar personal emocional, teniendo en cuenta distintos aspectos de su diversidad socio-demográfica.

En la revisión bibliográfica realizada para fundamentar este estudio, no se han encontrado investigaciones centradas en la Dermatología Estética que pretendan objetivos similares con población general, ni instrumentos de recogida de información que lo faciliten. Por ello, se ha construido y validado un cuestionario al objeto específico de realizar esta investigación, que se espera contribuya a ampliar la base de recursos técnicos y de investigación en Dermatología Estética, y que sea de utilidad para incrementar su corpus de conocimiento científico.

#### **III.4.1. La imagen corporal y su relación con el bienestar psicológico**

En la literatura revisada para realizar este estudio, se han identificado múltiples publicaciones sobre Cirugía Plástica que manifiestan que uno de sus objetivos es mejorar el bienestar psicológico del paciente a través de la modificación de su imagen corporal<sup>5,114,134,137,143,144,145,146,150,152,155</sup>.

La imagen corporal es la representación mental que hacen las personas sobre su cuerpo y sobre cómo aparecen ante los otros; está estrechamente relacionada con la autoimagen y el autoconcepto<sup>5,16,17,25,26,45,164,253</sup>. Esta representación mental se

conforma, entre otros factores, a través del desarrollo físico, emocional, intelectual, social y por las influencias socio-culturales<sup>17,224,254,255</sup>. **De ahí que en el estudio que se presenta en esta tesis, centrado en la Dermatología Estética, se hayan tomado en consideración variables como la edad y otras emocionales como la autoestima y asertividad, optimismo y motivación, así como variables socio-culturales como el nivel de estudios, el estado civil o la profesión, para analizar cómo percibe la población general la posible contribución de la Dermatología Estética al bienestar personal emocional.**

Comprender lo que implica la imagen corporal para las personas y sus trastornos es de gran importancia para los cirujanos plásticos y estéticos porque necesitan entender las motivaciones, preocupaciones, temores y expectativas de sus pacientes antes de aconsejar un procedimiento quirúrgico estético<sup>5,114,134,137,143,144,145,146,150,152,155</sup>. Por su parte, la imagen corporal no es un fenómeno estático, sino que cambia en respuesta a momentos evolutivos, al estilo de vida o a factores situacionales, entre otros: pubertad, embarazo, minusvalía, enfermedad, cirugía, menopausia o edad. La bibliografía sobre la imagen corporal en la edad madura sugiere que ésta está íntimamente relacionada con la apariencia y que es un factor influyente en el bienestar psicológico, y asociado a que las personas tomen decisiones de someterse a procesos de cirugía estética<sup>5,148,157,158,180,255,256</sup>.

Mejorar este bienestar psicológico emocional es uno de los objetivos que persigue la Dermatología Estética con la aplicación de los procedimientos cosméticos y estéticos para rejuvenecer la piel mejorando la apariencia física

cuando se producen efectos psicológicos negativos asociados al deterioro y envejecimiento de la piel<sup>66,181</sup>.

**Por ello, en este estudio realizado con población general -no con pacientes- se ha analizado la importancia que conceden las personas al aspecto estético de la piel y la relación que ello puede tener con su bienestar emocional, averiguando también su grado de conocimiento y actitud hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos.**

#### **III.4.2. Efectos psicológicos de los tratamientos de la Dermatología Estética**

La colaboración entre psiquiatras y cirujanos plásticos del Hospital Johns Hopkins (Baltimore, Maryland, EEUU) en los años 1950-60, dio lugar al primer Órgano de Investigación en el funcionamiento psicológico de los pacientes demandantes de cirugía estética<sup>157</sup>. El diagnóstico psicopatológico más común en estos pacientes fueron los trastornos de personalidad, trastornos del pensamiento, trastorno dismorfofóbico corporal y trastornos de la alimentación<sup>157</sup>.

Los efectos psicológicos de los procedimientos quirúrgicos cosméticos estéticos para el rejuvenecimiento facial, como los “liftings”, han sido investigados por varios autores durante los últimos treinta años<sup>63,64,117,135,136,137,141,142,145,146,147,148,149,150</sup>. Menor número de estudios se han encontrado sobre la mejoría del bienestar de las personas tras tratamientos

estéticos no quirúrgicos, especialmente realizados por dermatólogos<sup>1,7,27,28,45,68,109,116,118,119,120,121,128</sup>.

Algunos estudios han demostrado la satisfacción global (física y psicológica) con los resultados de otros procedimientos mínimamente invasivos como los implantes dérmicos o “rellenos inyectables para arrugas” y los tratamientos con toxina botulínica para el tratamiento de “arrugas de expresión”<sup>110,111,112,113</sup>. **En este estudio se ha analizado el grado en que las personas de la población general “han oído nombrar en alguna ocasión (tv, amigos...) el uso de tratamientos como son los cosméticos, peeling, botox o toxina botulínica, relleno de arrugas, mesoterapia, y rejuvenecimiento con láser”, obteniendo un elevado porcentaje de respuesta de casi la totalidad de la muestra en lo que respecta a los cosméticos; sin embargo, el peeling médico es conocido solo por la mitad de las personas consultadas y la mesoterapia por un tercio, lo que indica la conveniencia de difundir más información sobre estos tratamientos y sobre sus efectos beneficiosos para la piel y para el bienestar emocional.**

En situaciones de patología cutánea, el uso de cosméticos y tratamientos de Dermatología Estética pueden mejorar significativamente la calidad de vida y el bienestar de los pacientes, con el resultado de una mejor aceptación de la enfermedad y un mejor cumplimiento terapéutico<sup>49,69</sup>.

El uso de cosméticos ha mostrado ejercer un efecto positivo en la autoestima y en las relaciones sociales. En este sentido, un número creciente de estudios

demuestran los efectos beneficiosos de los cosméticos en el bienestar personal bajo una condición psicológica normal, y esto se puede medir fácilmente con el uso de escalas de calidad de vida<sup>6,7,29,31,49,68,69,119,128,197,257</sup>. En el año 2008, Sadick<sup>1</sup> publicó una revisión de estudios donde se discute el impacto de las intervenciones cosméticas, especialmente no quirúrgicas, en la calidad de vida de los pacientes (medida a través de indicadores de autoestima, confianza en uno mismo, relaciones y aceptación por otros). Los estudios revisados utilizaron diferentes escalas de medición, entre otras: *Short-Form Health Survey*, *Health Measurement Questionnaire*, *Personal Resources Questionnaire*, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, *Questions on Life Satisfaction Questionnaire (FLZM)*, *Freiburg questionnaire (quality-of-life outcomes following treatment)*, *Scores on the "Hospital Anxiety and Depression Scale"*, *Modified Dermatology Quality of Life Survey*.

En esta revisión, Sadick<sup>1</sup> encuentra que para los pacientes que se someten a tratamientos de estética, la salud o el bienestar está relacionado con los efectos psicológicos, emocionales y sociales de su apariencia. Se observan generalmente, y de forma significativa, cambios positivos en la vida social y sexual de los pacientes, así como en sus actividades en el tiempo libre y con sus amistades. Por otra parte, otros autores indican que la percepción del atractivo físico<sup>160,164,253,258</sup> de uno mismo influye sobre cómo piensa de sí misma una persona, sobre la confianza en sí misma, y condiciona su comportamiento hacia otras y su percepción de aceptación social<sup>1,164,253</sup>. Se muestra que las intervenciones cosméticas -quirúrgicas o no-, pueden mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes; los cambios positivos que refieren

son: sentirse más saludables y más satisfechos con su apariencia, menos ansiosos o depresivos, con mejor bienestar emocional y con más confianza en sí mismos.

**Los resultados obtenidos en esta tesis sobre población general -no sobre pacientes- confirman también estos resultados al obtenerse correlaciones significativas entre la *percepción de buena salud* (criterio externo de validez concurrente del cuestionario DEBIE) y los factores de bienestar emocional del cuestionario: asertividad y autoestima, optimismo y motivación (confirmación de la hipótesis 2 asociada al objetivo específico 2).**

En la revisión realizada por Sadick<sup>1</sup>, se encuentra también que aunque típicamente los pacientes suelen estar insatisfechos con áreas específicas de su cuerpo, sólo un pequeño porcentaje manifiesta signos de alteraciones psiquiátricas mayores relacionadas con insatisfacciones de la imagen corporal o con trastorno dismorfofóbico.

Existe un estudio comparativo, donde se analizan 278 pacientes de Dermatología Estética y 254 pacientes de Dermatología Médica en el que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia del uso de medicación psicotrópica entre ambos grupos<sup>259</sup>. Sin embargo, otras publicaciones encuentran que hasta un 15% (prevalencia) de los pacientes cosméticos tienen algún grado de psicopatología<sup>51</sup>.

Existe gran número de estudios motivacionales, de autoestima y de personalidad en pacientes estéticos quirúrgicos, en los que se enfatiza la importancia de conocer el estado psicológico y psicopatológico de los pacientes antes de aceptar



realizar un tratamiento cosmético a los mismos. Principalmente con el objetivo de prever el éxito o fracaso terapéutico independiente de la técnica quirúrgica, y así escoger bien a los pacientes, evitando la cirugía en aquellos más susceptibles de dar problemas derivados de la insatisfacción personal<sup>51</sup>. Estos estudios pueden ser de interés para el dermatólogo que realiza tratamientos estéticos aún menores o sin cirugía invasiva, puesto que, aún siendo procedimientos más reversibles, los resultados de la misma pueden verse afectados por psicopatología basal en el paciente. En este sentido, la bibliografía sugiere que los pacientes que solicitan cirugía para el rejuvenecimiento facial lo hacen por muchas razones. Los estudios aconsejan incluirlas en dos categorías mayores de motivación: internas y externas<sup>134</sup>. Los pacientes con motivaciones internas, los más frecuentes según Grossbart<sup>155</sup>, están generalmente más implicados con el cambio físico y suelen estar satisfechos con el resultado. Los pacientes con motivaciones externas, esto es, que esperan no sólo un cambio en su cuerpo, sino también en sus vidas y en sus relaciones sociales, normalmente para complacer a otros, en general, estarán insatisfechos con el resultado de la cirugía si su vida no cambia como ellos se imaginaban tras el procedimiento. Otros factores de riesgo relacionados con la insatisfacción de los resultados son: infección postoperatoria, evolución inadecuada que requiera nuevas cirugías, pacientes con múltiples procedimientos cosméticos previos con los que están insatisfechos, soporte familiar físico y emocional inadecuado tras la cirugía, inadecuada relación con el equipo médico y la enfermería, y problemas de salud física y psíquica o trastorno previo de la personalidad, depresión o trastorno dismorfofóbico corporal<sup>260,261</sup>. No obstante, la mayoría de las investigaciones

sugieren importantes niveles de satisfacción y resultados psicológicos favorables, incluyendo mejoras en depresión y ansiedad<sup>113,115,117,157</sup>.

#### **III.4.3. Dermatología Estética y Bienestar Personal: valoración y aportación del cuestionario DEBIE**

En la revisión realizada por Sadick<sup>1</sup> se concluye que la belleza en sí misma es enteramente subjetiva y que los aspectos técnicos de los procedimientos estéticos no siempre resultan en la mejora de la satisfacción global del paciente (física y psicológica). Por ello, los efectos psicológicos positivos que se siguen de las intervenciones cosméticas deben medirse únicamente a través de resultados en la calidad de vida de los pacientes. Para esto no existe un único instrumento de medida estandarizado y los instrumentos usados deben testarse para asegurar que son prácticos, válidos y sensibles al cambio. **Por ello, en esta tesis se ha elaborado y validado un instrumento que permitiera recoger información en la población general -no en pacientes- sobre la percepción y expectativas de las personas acerca de la Dermatología Estética y de los efectos de sus tratamientos en su bienestar emocional. La construcción de este instrumento ha sido necesaria por no encontrar en la literatura revisada técnicas ya elaboradas que permitieran dar respuesta al objetivo de esta investigación, centrada sobre población general y no sobre pacientes.** Existen cuestionarios ampliamente utilizados y validados en distintas patologías cutáneas, entre otros uno de los más conocidos es el DLQI (cuestionario sobre calidad de vida en Dermatología)<sup>107</sup>, pero no recogen

cuestiones específicas de la Dermatología Estética, así como tampoco opiniones ni otros aspectos de la población general, como nos interesa en este caso.

Tras un proceso exhaustivo de construcción, análisis y simplificación siguiendo pautas especificadas en la literatura especializada<sup>200,201,202</sup>, se elaboró para desarrollar esta tesis el cuestionario "*Dermatología Estética y Bienestar Emocional (DEBIE)*", que presenta las siguientes ventajas: 1) incluye un número reducido de ítems en comparación con otros cuestionarios que sólo miden el nivel de bienestar personal; 2) es fácil de entender y aplicar; 3) se puede responder en un tiempo breve (10-20 minutos); 4) se puede aplicar a cualquier persona mayor de edad y 5) tiene una buena estructura factorial, una alta consistencia interna y una aceptable capacidad predictiva.

La estructura factorial obtenida en el cuestionario DEBIE permite pensar en su utilidad para obtener información sobre cómo percibe la población general tanto aspectos relacionados con la Dermatología Estética, como otros asociados a su estado emocional y la relación que cabe establecer entre ambos (confirmación de la hipótesis 1). Más en concreto, permite conocer cómo percibe la población general aspectos relacionados con sus seis factores:

- El primer factor, denominado "*Resultados Percibidos de la Dermatología Estética (RPDE)*", incluye ítems sobre la percepción de la contribución de los resultados de la Dermatología Estética al bienestar emocional: por ejemplo, realizar el trabajo y tareas con más ánimo, tener más ganas de vivir, tener mejor humor, salir y ver gente, sentirse más ilusionado/a, ver el lado

favorable de las cosas, sentirse más capaz de superar los errores y debilidades, mejorar la relación de pareja, abrir puertas en la vida, mejorar las relaciones sociales (ya sea con la familia o los amigos), sentirse con mejor salud, sentirse mejor y más seguro consigo mismo/a.

- El segundo factor, denominado “*Autoestima y Asertividad (AA)*”, incluye ítems relacionados con el grado en que la persona se siente bien consigo misma y mantiene una actitud positiva: tener confianza en uno mismo, sentirse valer tanto como cualquier persona, sentirse capaz de realizar el trabajo, superar los errores y debilidades, concentrarse con facilidad en lo que se hace, afrontar el trabajo y tareas con buen ánimo, creerse útil y necesario para la gente, gustar lo que hace, sentirse bien consigo mismo, lograr lo que quería como persona y sentirse "en forma".
  
- El tercer factor, denominado “*Optimismo (O)*”, incluye ítems que reflejan una percepción emocional positiva de la propia vida y de las circunstancias que rodean a uno: percibir tener buena suerte, percibir que se han abierto muchas puertas en la vida, estar ilusionado, sentir que todo va bien, sentirse optimista, creer que sucederán cosas agradables, ver el lado favorable de las cosas y pensar que todo parece interesante.
  
- El cuarto factor, denominado “*Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética (CADE)*” aporta información sobre el grado de interés o preocupación de las personas por el aspecto estético de su piel y sobre el grado de conocimiento acerca de tratamientos estéticos de la piel:

saber en qué consisten los “rellenos” inyectables para arrugas, el tratamiento con “botox” o toxina botulínica, el rejuvenecimiento de la piel con láser, pensar alguna vez en hacer algún tratamiento estético, considerar que los tratamientos de Dermatología Estética no sólo corrigen defectos estéticos, sino que también ayudan a prevenir el envejecimiento y preservar las funciones de la piel, e inclinación a realizar algún tratamiento estético si el dermatólogo lo aconsejase.

- El quinto factor denominado “*Motivación (M)*”, incluye ítems relacionados con actitudes positivas del sujeto hacia las actividades diarias: divertirse, salir con gente, sentirse jovial, buscar momentos de distracción y descanso, creer que generalmente se tiene buen humor, transmitir felicidad a los demás y disfrutar de las comidas.
- El sexto factor denominado “*Importancia por el Aspecto Estético de la Piel (IAEP)*”, incluye ítems relacionados con el grado de importancia que da el sujeto al aspecto estético de su piel: tener una buena relación de pareja, desarrollar un buen concepto de uno mismo, preocuparse por el aspecto estético de la piel y tener una vida social (familia y amigos) positiva.

La fiabilidad del cuestionario, medida mediante el valor alfa de Cronbach, aportó un valor igual o mayor a 0,73 en todos los factores, y un valor total de 0,90. Estos valores no resultaban mejorables tras la exclusión de ninguno de los ítems, lo que indica que el cuestionario presenta una elevada consistencia interna.

El análisis de la validez concurrente o de criterio indicó una óptima relación entre los factores y los criterios externos *“Me parece importante el buen aspecto estético de mi piel para tener más éxito en el trabajo”, “Opino que los tratamientos estéticos (peeling, láser, rellenos...) realmente mejoran el aspecto estético de las personas” y “Creo que tengo buena salud”*.

Como ya se ha indicado con respecto a la literatura médica revisada sobre Dermatología y Estética, si bien existen instrumentos y escalas para valorar la calidad de vida en pacientes, no se encontraron estudios similares sobre población general que facilitaran contrastar los resultados obtenidos en el cuestionario DEBIE.

#### **III.4.4. Teoría Socio-cultural y motivaciones para realizar tratamientos cosméticos-estéticos**

Diversos autores han revisado las motivaciones de los pacientes que desean someterse a procedimientos cosméticos-estéticos, intentando explicarlas a través de distintas teorías o corrientes de pensamiento<sup>51</sup>. Entre ellas se encuentra la "Teoría Sociocultural"<sup>51</sup>, que se centra fundamentalmente en la influencia de los medios de comunicación<sup>17,53,62</sup>. A través de los años, las ideas culturales de la belleza han cambiado y los medios de comunicación lo han reflejado: desde figuras voluptuosas como la de Marilyn Monroe en los 1950s, hasta la delgadez extrema o los cuerpos musculosos de la actualidad. Según esta teoría, a través de

la televisión, internet, prensa, imágenes publicitarias que bombardean las calles y edificios... se transmite la idea de que con una imagen más atractiva<sup>258</sup> las personas tendrán ventajas y tratos más favorables y preferenciales en la sociedad que aquellas menos atractivas. Así, la posibilidad de mejorar las interacciones sociales puede ser ciertamente la motivación de muchos para someterse a tratamientos estéticos-cosméticos, aún con ciertas desventajas como las posibles complicaciones médicas y el coste. **En este sentido, en esta tesis se ha confirmado que las personas perciben que los efectos de los tratamientos de Dermatología Estética pueden contribuir a favorecer tanto la estética de la piel como el éxito en el trabajo (hipótesis 3 asociada al objetivo específico 3). Asimismo, se ha observado que las personas a las que el buen aspecto estético de la piel les parece importante para tener éxito en el trabajo también dan importancia al aspecto estético de la piel en general, están más informadas sobre la Dermatología Estética, y tienen una actitud positiva hacia ella (por ejemplo, han pensado alguna vez en hacer alguno de sus tratamientos y valoran sus resultados).**

### **III.4.5. Percepción del dermatólogo como médico especialista en tratamientos de estética médica cutánea. Relación entre la Psiquiatría/Psicología y la Dermatología Estética**

Dado que muchas personas acuden a centros de estética no dermatológicos y que los tratamientos estéticos pueden tener algunas complicaciones médicas en algunos casos, resulta conveniente conocer si las personas conciben al dermatólogo como un médico especialista en tratamientos de estética médica cutánea<sup>245,246,262</sup>. **En esta tesis se ha encontrado que éste es el caso para la mayoría de la muestra analizada (confirmación de la hipótesis 4 asociada al objetivo específico 4).**

Este resultado es relevante si se tiene en cuenta, además, que muchos pacientes que desean someterse a procedimientos cosmético-estéticos pueden tener motivaciones psicológicas<sup>51</sup>, llegando algunos a sufrir alteraciones de la imagen corporal, como el trastorno dismorfofóbico corporal<sup>250,251,260,261,263</sup>. Los criterios diagnósticos del trastorno dismorfofóbico corporal (DSMIV)<sup>264</sup> incluyen: a) Preocupación por un defecto en la apariencia física. El defecto es imaginario, o si realmente existe, es obviamente exagerado; b) La preocupación causa estrés clínicamente significativo, deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento; c) La preocupación no es mejor explicada por otro trastorno mental, como la insatisfacción por la forma y tamaño del cuerpo como ocurre en la Anorexia Nerviosa. Estos aspectos se analizan desde teorías psicológicas/psicopatológicas; Castle<sup>260</sup> y Metules<sup>263</sup> sostienen que hasta en un



10-15% de todos los pacientes estéticos subyacería un trastorno dismorfofóbico corporal, datos semejantes a los que apoya Grant<sup>252</sup>. Con la finalidad de descartar psicopatología subyacente, es importante que los profesionales de la estética tengan formación en este ámbito y conozcan y estén alerta ante los signos de este trastorno y así valorar la idoneidad o no de los tratamientos en estos pacientes<sup>265,266,267,268,269,270</sup>.

Según las teorías psicológicas/psicopatológicas, otros posibles trastornos psiquiátricos frecuentes<sup>154</sup> en pacientes cosméticos serían (para Ishigooka<sup>271</sup>, hasta un 47,7% de pacientes que consultan por procedimientos cosméticos reúnen criterios para algún trastorno mental): trastorno de personalidad narcisista y trastorno de personalidad histriónica<sup>264</sup>. Aunque existen publicadas muchas encuestas y herramientas para que el médico que realiza tratamientos estéticos detecte estos trastornos, una herramienta de *screening* sencilla para indagar en estos pacientes sobre posible psicopatología es el test “SAFE”<sup>156</sup> (S-“Self-evaluation of attractiveness”- autoevaluación por el paciente de su atractivo, estando atentos a posible compromiso de su auto-imagen o auto-concepto; A-“Ansiedad”-indagando ante un posible síndrome de ansiedad generalizada; F-“Fear”- miedos o preocupaciones, detectando la preocupación del paciente y ver si está enmascarando miedos o temores subyacentes; E-“Expectativas”-realistas o no realistas, en cuanto a los posibles cambios vitales y sociales que espera tras el procedimiento). Aunque los estudios que apoyan esta teoría psicológica/psicopatológica sugieren que *“el perfil de los pacientes que acuden para cirugía cosmética-estética es probablemente distinto al de los*

*pacientes que no la demandan, esta diferencia no está bien conocida y contrastada aún, a pesar de muchas décadas de investigación*"<sup>155</sup>.

Esta teoría psicológica/psicopatológica sigue siendo objeto de controversias y, así, Ferraro y cols. publicaron un estudio en 2005<sup>159</sup>, con revisión previa de la literatura al respecto. Aseguran que aunque los primeros estudios publicados sugieren que la psicopatología es un aspecto común de los pacientes que buscan cirugía estética, los estudios más recientes muestran que la mayoría de los pacientes son psicológicamente más normales que como previamente se aseguraba. La literatura más acreditada al respecto sugiere que los pacientes que acuden para estos tratamientos tienen más problemas personales que los que no los solicitan, pero en general, la mayor parte de los artículos se basan en estudios no consistentes, con grupos control no apropiados, y su objetivo principal es reconocer o diagnosticar trastornos psiquiátricos mayores en estos pacientes potenciales, para desestimar la cirugía en ellos. Sin embargo, no se busca en ellos una evaluación y definición cognitiva de uno mismo sobre su autopercepción y autoestima. Ferraro y cols.<sup>159</sup> se proponen evaluar y definir la motivación que hace que los pacientes soliciten cirugía estética y comparar los resultados con un grupo control de la población general no quirúrgica. En comparación con estudios previos, este grupo control tiene exactamente el mismo número de sujetos (70 personas en cada grupo), la misma distribución por sexos, edad y nivel educativo que el grupo de estudio. En este trabajo<sup>159</sup> se examinó a ambos grupos mediante un test autoadministrado de personalidad (MMPI-2 de 567 ítems para descartar trastornos psiquiátricos mayores<sup>272</sup>) y con la Escala Multidimensional del Autoconcepto (MSCS de 150 ítems<sup>273</sup>), que

analiza las distintas dimensiones interconectadas del autoconcepto: relaciones interpersonales, competencias en el control del ambiente, emotividad, éxito, vida familiar y experiencias corporales. El grupo de estudio agrupaba distintas intervenciones de cirugía estética: rinoplastias, mentoplastias, abdominoplastias, aumento y reducciones mamarias, otoplastias, blefaroplastias, liposucciones y *lifting* facial. Los criterios de selección del grupo control se basaron en anamnesis negativa para intervenciones quirúrgicas estéticas previas y desinterés por realizar dichas intervenciones en un futuro. Los resultados en el perfil psicopatológico analizado con el primer test (personalidad) no mostraron diferencias significativas entre los grupos, así como tampoco lo mostró la Escala Multidimensional del Autoconcepto, tanto en percepción, como en imagen y autoestima. Con los resultados obtenidos, los autores concluyen que las personas que acuden a cirugía estética no muestran peores perfiles psicopatológicos y, por tanto, que un bajo autoconcepto no es un componente motivador determinante para la cirugía estética<sup>159</sup>.

Por este motivo, **el estudio que se presenta en esta tesis, basado en conocer cómo percibe la población general la Dermatología Estética y la posible contribución de sus tratamientos al bienestar emocional, puede ayudar a incrementar el conocimiento sobre este particular.** Tal como se ha comentado al presentar el estudio empírico, la muestra que ha participado está compuesta por personas de ambos sexos mayores de edad -desde los 18 hasta los 90-, con profesión cara al público o no, con cargo de responsabilidad hacia otras personas en el trabajo o no, con distintos niveles de ingresos familiares mensuales y nivel de estudios, con distintos estados civiles y número de hijos. Los resultados

obtenidos al analizar tanto en mujeres como en hombres si existen diferencias estadísticamente significativas en su percepción sobre la Dermatología Estética en función de su grado de bienestar personal emocional (factores de autoestima y asertividad, optimismo y motivación), sugieren que, *en el caso de las Mujeres*, aquellas con alta autoestima y asertividad, así como las más optimistas y las más motivadas, tienen significativamente mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética que las mujeres con baja autoestima y asertividad, o con menos optimismo o con menos motivación. Sin embargo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres al considerar la importancia que conceden al aspecto estético de la piel y a que los resultados de la Dermatología Estética les puedan ayudar a sentirse mejor consigo mismas y con los demás. En estos aspectos tienden todas a estar entre el "acuerdo" y el "desacuerdo", con independencia de sus características emocionales (contrastación de la hipótesis 14 asociada al objetivo específico 14). **Las implicaciones prácticas** de este resultado es que se estima que una parte sustancial de la población de mujeres pueden llegar a ser potenciales usuarias de las consultas de Dermatología Estética y confiar en sus tratamientos, dada la importancia que conceden al aspecto estético de su piel. La tendencia mayoritaria se dará en las mujeres con mayor bienestar emocional. Esto puede facilitar generar un clima de trabajo positivo a los profesionales de la Dermatología Estética, al contar en sus consultas con mujeres asertivas, optimistas y motivadas. *En el caso de los Hombres*, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre aquellos con niveles altos y con niveles bajos de bienestar emocional al considerar la importancia que conceden al aspecto estético de la piel, el conocimiento y actitud que tienen hacia la

Dermatología Estética y que sus resultados les puedan ayudar a sentirse mejor consigo mismos y con los demás. En estos aspectos todos tienden a estar entre el "acuerdo" y el "desacuerdo" con independencia de sus características emocionales (contrastación de la hipótesis 15 asociada al objetivo específico 15). Como **implicaciones prácticas** de este resultado se estima que una parte de la población de hombres pueden llegar a ser potenciales usuarios de las consultas de Dermatología Estética y a confiar en sus tratamientos, con independencia de sus niveles de asertividad, optimismo y motivación personal, dada la importancia que conceden al aspecto estético de su piel, el conocimiento y actitud positiva que tienen algunos de ellos hacia la Dermatología Estética y a considerar que sus resultados les puedan ayudar a sentirse mejor consigo mismos y con los demás. En el caso de los hombres, es posible esperar que algunos deseen compensar con los resultados de la Dermatología Estética ciertas carencias en su bienestar personal.

Por otro lado, la literatura es consistente en evidenciar que en la sociedad se está produciendo en el momento actual un aumento de la popularidad de los tratamientos estéticos<sup>1,5,50,274</sup>; ello se traduce en una tendencia a que los médicos oferten a sus pacientes procedimientos estéticos y a correr el riesgo de que la Dermatología Estética o Cosmética pueda perder su relevancia científica, y a que los médicos o personal terapéutico puedan ser percibidos como personas no suficientemente capacitadas. Por ello, la medicina basada en la evidencia debe ser aplicada tanto en procedimientos médicos como cosméticos<sup>58,262,274</sup>.

En cuanto al estudio de lo que esperaría la **población general** de la Dermatología Estética en relación a su propio bienestar personal emocional, no se encontraron trabajos en la literatura revisada. El estudio realizado a este respecto en esta tesis doctoral al tener en consideración los factores de bienestar personal emocional y de Dermatología Estética del cuestionario DEBIE, así como las variables socio-demográficas consideradas en la muestra de estudio, permite informar a continuación de las conclusiones obtenidas al contrastar las hipótesis asociadas a los objetivos específicos formulados.

### III.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS DE PROFUNDIZACIÓN

Para profundizar en la temática que se ha abordado en esta tesis podría incrementarse el tamaño muestral para mejorar aún más la capacidad de generalización de los resultados y, quizás, para detectar mejor la tendencia de los ítems a la normalidad y su capacidad de discriminación. En futuros estudios se podría utilizar una versión abreviada del cuestionario DEBIE con los ítems que más discriminan.

Asimismo, cabe intentar controlar el sesgo que se ha detectado en la muestra respecto a una mayor presencia de personas con niveles de ingresos y de estudios más altos, propio de las investigaciones basadas en encuestas<sup>227</sup>.

Los valores obtenidos de validez concurrente se consideran satisfactorios; no obstante, quizás podrían identificarse otros criterios externos para mejorarla en algunos factores.

#### IV. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

En este apartado se incluyen las principales conclusiones derivadas del contraste de hipótesis, así como las conclusiones generales y por último las conclusiones finales como resumen final del trabajo.

##### **IV.1. Conclusiones respecto a los objetivos específicos planteados y al contraste de hipótesis e implicaciones prácticas de dicho contraste de hipótesis**

En esta sección se incluyen las principales conclusiones e implicaciones prácticas del estudio derivadas del contraste de las hipótesis asociadas a objetivos vinculados a variables socio-demográficas. El contraste de las hipótesis asociadas a otros objetivos ha sido ya mencionado en apartados anteriores.

##### **IV.1.1. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función del Sexo**

**Objetivo Específico 5:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función del Sexo.

**Contraste de Hipótesis 5:** Se confirma solo parcialmente la hipótesis que plantea que las mujeres que han participado en esta investigación tendrán menor grado de

bienestar emocional que los hombres y que estarán más preocupadas que ellos por el aspecto estético de su piel. En este estudio, los hombres se perciben a sí mismos con un adecuado grado de autoestima, asertividad y optimismo, mientras que las mujeres dudan más al respecto. Sin embargo, ambos consideran por igual que tienen niveles adecuados de motivación. Sí se confirma con claridad la hipótesis de que las mujeres están más preocupadas que los hombres por el aspecto estético de la piel, conocen más y tienen una actitud más positiva que ellos hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos.

**Implicaciones prácticas del contraste de Hipótesis 5:** Las mujeres tenderán a consultar con más frecuencia que los hombres sobre Dermatología Estética y a someterse más a sus tratamientos.

#### **IV.1.2. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función de ser o no ser Paciente de Dermatología por alguna patología**

**Objetivo Específico 6:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función de ser o no Paciente de Dermatología por alguna patología.

**Contraste de Hipótesis 6:** Se confirma la hipótesis que plantea que las personas que han sido pacientes de Dermatología por alguna patología tienen un mayor conocimiento sobre Dermatología Estética y una actitud más positiva hacia sus tratamientos que las personas que no han sido pacientes de Dermatología.



Asimismo, se confirma la hipótesis de que las características de bienestar personal de los sujetos no están asociadas a ser o no paciente de Dermatología.

**Implicaciones prácticas del contraste de Hipótesis 6:** Con mucha probabilidad, las personas que acudan a consultas de Dermatología Estética han sido previamente pacientes de Dermatología por causas distintas a la estética. Estas personas tienen, por tanto, un cierto conocimiento de lo que trata la Dermatología y de sus efectos positivos sobre la piel, que influye en que tengan también información sobre lo que es la Dermatología Estética y una actitud positiva hacia los efectos de sus tratamientos sobre la piel. Esto se produce en las personas que han sido pacientes de Dermatología, con independencia de sus características de autoestima, optimismo y motivación. Todo ello puede contribuir a generar un ambiente positivo entre médico y paciente de dermatología en las consultas de Dermatología Estética, que facilitarán al especialista realizar su trabajo con más motivación.

#### **IV.1.3. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función tener o no una profesión con responsabilidad sobre otras personas**

**Objetivo Específico 7:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función tener o no una profesión con responsabilidad sobre otras personas.

**Contraste de Hipótesis 7:** Los resultados obtenidos no permiten aceptar la hipótesis que plantea que las personas que desarrollan una profesión de

responsabilidad sobre otras personas tendrán características de bienestar emocional significativamente más altas que las personas que no desarrollan estas profesiones. Se obtienen resultados que indican lo contrario; es decir, las personas con responsabilidades profesionales sobre otras parecen contar con menos autoestima y asertividad y con menos optimismo que éstas últimas, aunque todas tienden a considerarse asertivas y optimistas. Sin embargo, sus niveles de motivación parecen semejantes, tendiendo a considerarse todas ellas motivadas. Tampoco se puede aceptar la hipótesis de que las personas con responsabilidad profesional sobre otras personas se preocupen significativamente más que estas últimas por el aspecto estético de su piel, y tengan una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos. En estos aspectos todas parecen comportarse de un modo similar, tendiendo a estar de acuerdo con ello.

**Implicaciones prácticas del contraste de Hipótesis 7:** Las personas con responsabilidad profesional sobre otras personas que acudan a consultas de Dermatología Estética, no se diferenciarán sustancialmente de otras que tengan profesiones sin esta responsabilidad en cuanto a su interés por mejorar el aspecto estético de la piel ni en cuanto a la actitud y confianza que tengan en los tratamientos de la Dermatología Estética. Sin embargo, sí pueden comportarse de un modo menos asertivo y optimista; ello quizás, pueda generar actitudes de una mayor exigencia en las expectativas de resultados de la consulta médica.

#### **IV.1.4. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función tener o no tener una Profesión de Cara al Público o en Relación Frecuente con Personas**

**Objetivo Específico 8:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función tener o no una profesión de cara al público o en relación frecuente con personas.

**Contraste de Hipótesis 8:** Los resultados obtenidos permiten aceptar la hipótesis que plantea que las personas con una profesión de cara al público o en relación frecuente con otras personas tendrán características de bienestar emocional significativamente más altas que las personas que no desarrollan estas profesiones. Las primeras se perciben a sí mismas con autoestima, asertividad y optimismo, mientras que las segundas no están del todo de acuerdo en contar con estas características. No obstante, en lo que respecta a motivación todas ellas tienden a estar de acuerdo en que están motivadas, sin que haya diferencias sustanciales entre ellas. Lo mismo sucede cuando se trata de valorar la importancia que conceden al aspecto estético de la piel y a su conocimiento y actitud hacia la Dermatología Estética: no se aprecian diferencias significativas en función de una u otra profesión. En estos aspectos las personas consideran importante el aspecto estético de su piel, pero no están totalmente de acuerdo en asegurar que conocen lo que es la Dermatología Estética y los efectos de sus tratamientos, y que tienen una actitud positiva hacia ella.

**Implicaciones prácticas del contraste de Hipótesis 8:** Las personas con una profesión de cara al público o en relación frecuente con otras personas que acudan a consultas de Dermatología Estética, tenderán a ser más asertivas y optimistas que aquellas otras que no tengan este tipo de profesión, lo que puede facilitar al especialista su trato con ellas. No obstante, estas personas no siempre contarán con un conocimiento previo o con una actitud necesariamente más positiva hacia esta especialidad y hacia sus tratamientos, que las personas que tengan otras profesiones. Por ello, probablemente el especialista en Dermatología Estética necesite proporcionar a sus pacientes información sobre esta especialidad con independencia de cuales sean sus profesiones.

#### **IV.1.5. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función de la Edad**

**Objetivo Específico 9:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función de la edad.

**Contraste de Hipótesis 9:** Los resultados obtenidos indican que se cumple parcialmente la hipótesis que se ha formulado en este estudio de que las personas más maduras, a partir de 40 años, tendrán puntuaciones de bienestar emocional significativamente menores que las personas más jóvenes y le darán una importancia significativamente mayor al aspecto estético de la piel, así como tendrán una actitud significativamente más positiva hacia los tratamientos de Dermatología Estética. En lo que respecta al bienestar emocional, sí se obtiene

que las personas más jóvenes, de menos de 26 años, están más motivadas que las de mayor edad (a partir de 45 años), pero no se encuentran diferencias relevantes entre ningún grupo de edad en el grado de autoestima y optimismo, ya que todas tienden a percibirse asertivas y positivas. Por otra parte, sí se advierte que las personas más jóvenes (de 18 a 25 años) dan menos importancia que las restantes al aspecto estético de la piel. También consideran significativamente menos que las de mayor edad (más de 65 años) que los resultados de la Dermatología Estética pueden contribuir a su bienestar emocional.

**Implicaciones prácticas del contraste de hipótesis 9:** Seguramente las personas que acudan a las consultas de Dermatología Estética no sean las más jóvenes, sino aquellas que tengan una edad a partir de los 26 años. A partir de esa edad, las personas tienden a preocuparse más por el aspecto estético de la piel y a percibir la posible contribución de los tratamientos de Dermatología Estética a su bienestar emocional.

#### **IV.1.6. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función del Estado Civil**

**Objetivo Específico 10:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función del estado civil.

**Contraste de Hipótesis 10:** Los resultados obtenidos no permiten aceptar la hipótesis de que las personas solteras dan más importancia que las que se encuentran en otros estados civiles al aspecto estético de la piel, y que tendrán

más información y una actitud más positiva hacia los tratamientos de la Dermatología Estética que las restantes. La mayoría da importancia al aspecto estético de la piel y tienden a estar de acuerdo en considerar que tienen información sobre la Dermatología Estética y una actitud positiva hacia ella, así como a considerar que sus tratamientos pueden contribuir a su bienestar emocional. Por su parte, la hipótesis que sostiene que no habrá diferencias significativas en la percepción de bienestar emocional de las personas en función del estado civil se cumple solo parcialmente. Las personas casadas se perciben significativamente con más autoestima, asertividad y motivación que las solteras y más optimistas que las viudas. Las solteras también se perciben más optimistas que las viudas.

**Implicaciones prácticas del contraste de Hipótesis 10:** Las personas que acuden a las consultas de Dermatología Estética podrían estar en cualquier situación de estado civil porque todas tienden a darle una importancia similar al aspecto estético de la piel y a considerar que los tratamientos de Dermatología Estética pueden contribuir a su bienestar emocional.

#### **IV.1.7. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función del Nivel de Estudios**

**Objetivo Específico 11:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función del nivel de estudios.

**Contraste de Hipótesis 11:** Los resultados obtenidos permiten aceptar solo en parte la hipótesis de que no habrá diferencias estadísticamente significativas en los aspectos analizados de Dermatología Estética en función del nivel de estudios. Esta hipótesis se confirma respecto a la importancia que dan las personas de todos los niveles educativos al aspecto estético de la piel. Sin embargo, en lo relativo a la información y actitud hacia la Dermatología Estética, las personas con solo estudios obligatorios tienden a estar menos de acuerdo con estos aspectos que las personas con estudios de bachiller y universitarios. Quienes tienen solo estudios obligatorios tienden a estar más de acuerdo que los restantes en considerar que los resultados de la Dermatología Estética pueden contribuir a mejorar su bienestar emocional. De hecho, quienes solo tienen estudios obligatorios tienden a ser significativamente menos optimistas que los restantes, y mostrar menos motivación que quienes tienen estudios universitarios. Se confirma así la hipótesis planteadas de que aquellas personas con niveles de estudios más altos o universitarios tendrán un mayor grado de bienestar emocional que las que tienen estudios más bajos. No obstante, todas tienden a percibirse con un grado adecuado de autoestima y asertividad.

**Implicaciones prácticas del contraste de Hipótesis 11:** Las personas con estudios medios o universitarios podrían acudir más a las consultas de Dermatología Estética que las personas con solo estudios obligatorios, y serán, además, más optimistas y motivadas. Ello puede facilitar la interacción entre el especialista y el paciente y contribuir a que los tratamientos se desarrollen en un clima social agradable.

#### **IV.1.8. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función del Número de Hijos**

**Objetivo Específico 12:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función del número de hijos.

**Contraste de Hipótesis 12:** Los resultados obtenidos llevan a rechazar la hipótesis de que las personas sin hijos se preocupan más por el aspecto estético de la piel y tienen más información y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos, que las personas con hijos. Todas ellas tienden a estar de acuerdo y lo hacen por igual en su consideración sobre estos aspectos. De igual modo sucede con los indicadores de bienestar emocional, dado que todas las personas analizadas tienden a estar de acuerdo por igual en percibirse con autoestima, asertividad y optimismo. No obstante, la hipótesis de que las personas sin hijos se perciben con más bienestar emocional que las personas con hijos sí se cumple en lo referido a su motivación.

**Implicaciones prácticas del contraste de Hipótesis 12:** Las personas que acudan a consultas de Dermatología Estética podrían ser tanto sin hijos como con hijos; todas ellas con niveles de bienestar emocional similares, excepto en motivación personal, que tiende a ser más alta entre las personas sin hijos.



#### **IV.1.9. Análisis de la percepción de la Dermatología Estética en función de los Ingresos Globales Familiares**

**Objetivo Específico 13:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Dermatología Estética y en el bienestar emocional de las personas, en función de los ingresos globales familiares.

**Contraste de Hipótesis 13:** Los resultados obtenidos permiten aceptar la hipótesis de que no hay diferencias estadísticamente significativas en la importancia que conceden las personas al aspecto estético de la piel, en función de su nivel de ingresos económicos. Todas tienden a estar de acuerdo en considerar esta importancia. Quizás por ello los resultados llevan a rechazar la hipótesis de que las personas con más ingresos económicos tienen significativamente más información sobre Dermatología Estética y una mejor actitud hacia ella que las personas con menos ingresos; las diferencias no resultan significativas, indicando que las personas de este estudio tienden a estar de acuerdo por igual en considerar que tienen información al respecto. Lo mismo sucede con respecto a la percepción que tienen de que los tratamientos de Dermatología Estética pueden ayudar a mejorar el bienestar personal emocional. No se encuentran diferencias significativas al respecto, indicando que las personas de cualquier nivel de ingresos no llegan a estar de acuerdo en considerar que los efectos de estos tratamientos les ayuden a mejorar su bienestar emocional. Sin embargo, si se acepta la hipótesis de que las personas con niveles de ingresos más bajos (inferiores a mil euros) presentan características de bienestar emocional significativamente más bajas que las personas que tienen ingresos más elevados:

son menos asertivas, menos optimistas y están menos motivadas. El optimismo incrementa progresivamente a medida que incrementa también el nivel de ingresos.

**Implicaciones prácticas del contraste de Hipótesis 13:** Las personas que acuden a consultas de Dermatología Estética podrían tener ingresos económicos globales familiares variados, desde menos de 1.000€ al mes a más de 2.500€, porque todas tienden a estar de acuerdo en considerar importante el aspecto estético de la piel. Estas personas seguramente necesitarán que se les informe bien sobre lo que es la Dermatología Estética y sus tratamientos, porque con independencia de su nivel de ingresos, tienden a considerar que no están bien informadas al respecto y no tienen una actitud positiva clara hacia la Dermatología Estética ni a considerar que sus tratamientos puedan ayudarles a mejorar su bienestar emocional.

#### **IV.1.10. Análisis de las diferencias entre las Mujeres en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional**

**Objetivo Específico 14:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las Mujeres en su percepción sobre la Dermatología Estética en función de su Bienestar Personal Emocional.

**Contraste de Hipótesis 14:** La hipótesis se confirma parcialmente. Las mujeres con alta autoestima y asertividad, así como las más optimistas y las más motivadas tienen significativamente mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética que las mujeres con baja autoestima y

asertividad, con menos optimismo y con menos motivación. Sin embargo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres al considerar la importancia que conceden al aspecto estético de la piel y a que los resultados de la Dermatología Estética les puedan ayudar a sentirse mejor consigo mismas y con los demás. En estos aspectos tienden todas a estar entre el acuerdo y el desacuerdo con independencia de sus características emocionales.

**Implicaciones prácticas del contraste de Hipótesis 14:** Se estima que una parte sustancial de la población de mujeres pueden llegar a ser potenciales usuarias de las consultas de Dermatología Estética y a confiar en sus tratamientos, dada la importancia que conceden al aspecto estético de su piel. La tendencia mayoritaria se dará en las mujeres con mayor bienestar emocional. Esto puede facilitar generar un clima de trabajo positivo a los profesionales, al contar en sus consultas con mujeres asertivas, optimistas y motivadas.

#### **IV.1.11. Análisis de las diferencias entre los Hombres en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional**

**Objetivo Específico 15:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los Hombres en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional.

**Contraste de Hipótesis 15:** La hipótesis se confirma. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los hombres con niveles altos y bajos de bienestar emocional al considerar la importancia que conceden al aspecto

estético de la piel, al conocimiento y actitud que tienen hacia la Dermatología Estética y a que sus resultados les puedan ayudar a sentirse mejor consigo mismos y con los demás. En estos aspectos todos tienden a estar entre el acuerdo y el desacuerdo con independencia de sus características emocionales.

**Implicaciones prácticas del contraste de Hipótesis 15:** Se estima que una parte de la población de hombres pueden llegar a ser potenciales usuarios de las consultas de Dermatología Estética y a confiar en sus tratamientos, con independencia de sus niveles de asertividad, optimismo y motivación personal, dada la importancia que conceden al aspecto estético de su piel, al conocimiento y actitud positiva que tienen algunos de ellos hacia la Dermatología Estética y a considerar que sus resultados les puedan ayudar a sentirse mejor consigo mismos y con los demás. En el caso de los hombres, es posible esperar que algunos deseen compensar con los resultados de la Dermatología Estética ciertas carencias en su bienestar personal.

#### **IV.1.12. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de 18-25 años en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional**

**Objetivo Específico 16:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 18-25 años en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional.

**Contraste de Hipótesis 16:** La hipótesis se confirma parcialmente: La autoestima y la asertividad ejercen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de edad de 18 a 25 años al considerar el conocimiento y actitud hacia la Dermatología Estética, indicando que dentro de este grupo, las personas con alta autoestima y asertividad tienen significativamente mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética que las que tienen baja autoestima. No obstante, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las personas de este grupo de edad en función de sus características de bienestar emocional al considerar la importancia que conceden al aspecto estético de la piel y a que los resultados de la Dermatología Estéticas les puedan ayudar a sentirse mejor consigo mismos y con los demás. En estos aspectos todas tienden a estar entre el acuerdo y el desacuerdo con independencia de sus características emocionales.

**Implicaciones prácticas del contraste de Hipótesis 16:** Cualquier persona de entre 18-25 años podría consultar sobre tratamientos de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de optimismo y motivación, dado que todas ellas dan igual importancia al aspecto estético de la piel y no se diferencian tampoco en la confianza que puedan tener en los resultados de los tratamientos estéticos. Sin embargo, las personas de esta edad con mayor autoestima y asertividad podrían frecuentar más las consultas de Dermatología Estética que quienes tienen menores índices de estas características emocionales, porque tienen mayor conocimiento y mejor actitud hacia ella. Esto puede repercutir positivamente en la práctica profesional de los especialistas en esta disciplina, porque se encontrarán con personas más seguras de lo que quieren conseguir con sus tratamientos.

#### **IV.1.13. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de 26-44 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional**

**Objetivo Específico 17:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 26-44 años en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional.

**Contraste de Hipótesis 17:** Se confirma la hipótesis de que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 26 a 44 años en la percepción que tienen de la Dermatología Estética en función de sus características de bienestar emocional. Las personas de esta edad que han participado en esta investigación, ya se consideren con más alta o más baja autoestima, grado de optimismo y motivación, no difieren sustancialmente en la importancia que le dan al aspecto estético de su piel, en el conocimiento y actitud que tiene hacia la Dermatología Estética y a los resultados de sus tratamientos. Su postura media al respecto es estar entre el acuerdo y el desacuerdo con los aspectos analizados de la Dermatología Estética, con independencia de sus características emocionales.

**Implicaciones Prácticas del contraste de Hipótesis 17:** Cualquier persona de entre 26-44 años podría consultar sobre tratamientos de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de autoestima, optimismo y motivación.

#### **IV.1.14. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de 45-65 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional**

**Objetivo Específico 18:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de 45-65 años en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional.

**Contraste de Hipótesis 18:** No se confirma la hipótesis que plantea que las personas de entre 45 y 65 años con menor grado de bienestar emocional, estarán más preocupadas por el aspecto estético de su piel y tendrán una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos, que las personas de su misma edad con niveles óptimos de bienestar emocional. Las personas de esta edad que han participado en esta investigación, ya se consideren con más alta o más baja autoestima, grado de optimismo y motivación, no difieren sustancialmente en la importancia que le dan al aspecto estético de su piel, en el conocimiento y actitud que tiene hacia la Dermatología Estética y a los resultados de sus tratamientos. Su postura media al respecto es estar entre el acuerdo y el desacuerdo con los aspectos analizados de la Dermatología Estética, con independencia de sus características emocionales.

**Implicaciones Prácticas del contraste de Hipótesis 18:** Cualquier persona de entre 45 y 65 años podría consultar sobre tratamientos de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de autoestima, optimismo y motivación.

#### **IV.1.15. Análisis de las diferencias en el grupo de Edad de más de 65 años en los Factores de Dermatología Estética en función de los Factores de Bienestar Personal Emocional**

**Objetivo Específico 19:** Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de más de 65 años en los Factores de Dermatología Estética en función de su posición en los Factores de Bienestar Personal Emocional

**Contraste de Hipótesis 19:** No se confirma la hipótesis que plantea que las personas de más de 65 años con menor grado de bienestar emocional, estarán más preocupadas por el aspecto estético de su piel y tendrán una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y hacia sus tratamientos, que las personas de su misma edad con niveles óptimos de bienestar emocional. Las personas de esta edad que han participado en esta investigación, ya se consideren con más alta o más baja autoestima, grado de optimismo y motivación, no difieren sustancialmente en la importancia que le dan al aspecto estético de su piel, en el conocimiento y actitud que tiene hacia la Dermatología Estética y a los resultados de sus tratamientos. Su postura media al respecto es estar entre el acuerdo y el desacuerdo con los aspectos analizados de la Dermatología Estética, con independencia de sus características emocionales.

**Implicaciones Prácticas del contraste de Hipótesis 19:** Cualquier persona de más de 65 años podría consultar sobre tratamientos de Dermatología Estética, sea cual sea su grado de autoestima, optimismo y motivación.



## IV.2. Conclusiones generales y sus implicaciones prácticas

Los resultados obtenidos al analizar en la muestra de este estudio de la población general los factores identificados en el cuestionario DEBIE, sugieren que las personas asertivas, optimistas, motivadas y con seguridad en sí mismas son las que tienen mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética, en comparación con las de baja autoestima y asertividad, bajo optimismo y baja motivación. Es decir, personas que gozan de un buen estado emocional, con actitudes positivas hacia sí mismas y hacia la vida, proactivas y con motivación para cuidarse, para interaccionar con otras personas y para implicarse en situaciones y actividades sociales. Esta última característica les llevaría a valorar la importancia de tener una apariencia externa adecuada ante los demás por el respeto que les merecen y a lograr una mejor integración e interacción social en todos los ámbitos, incluido el laboral; de ahí que la variable *“Me parece importante el buen aspecto estético de mi piel para tener más éxito en el trabajo”*, tomada como criterio externo, correlacione adecuadamente con los factores analizados. *Las implicaciones prácticas* que se derivan de este resultado es que podría esperarse que los profesionales de Dermatología Estética tuvieran como usuarias personas que les pueden transmitir optimismo y motivación, facilitando así su acción profesional, su propia motivación e implicación en la práctica de su especialidad. Esta situación profesional sería diferente de aquellas otras especialidades clínicas donde los profesionales tratan con pacientes afectados de desmotivación, frustración, carencias de expectativas de mejora, ansiedad u otras características personales semejantes. Estos profesionales necesitarán desarrollar sus habilidades emocionales y de equilibrio personal para afrontar su trabajo con calidad humana y profesional.

Con respecto al sexo cabe concluir que las mujeres perciben más que los hombres que los resultados de la Dermatología Estética les pueden ayudar a sentirse más seguras, más optimistas y mejor consigo mismas. Esto puede contribuir a pensar que las consultas de Dermatología Estética serán más frecuentadas por las mujeres que por los hombres, y puede tener su causa, tanto en factores socio-educativos diferenciales sobre la mujer y el hombre (importancia a la “belleza”, “sentirse guapas”, etc.), como en los medios publicitarios transmisores de la idea de que la Dermatología Estética ayuda a conseguir el bienestar personal a través de la belleza, que suelen estar más dirigidos a las mujeres que a los hombres. También se ha encontrado en este estudio que las mujeres con una imagen más adecuada y positiva de sí mismas tienen mayor conocimiento sobre Dermatología Estética que las restantes mujeres, y valoran de manera más positiva el potencial de sus tratamientos para contribuir a su bienestar personal. Los hombres, por su parte, no se diferencian sustancialmente entre ellos sea cual sea su nivel de autoestima, asertividad, optimismo y motivación en la importancia que dan al aspecto estético de su piel, en el conocimiento y actitud que tienen sobre la Dermatología Estética, ni en los resultados que perciben en sus tratamientos. Como *implicaciones prácticas* de estos resultados, los profesionales de la Dermatología Estética podrían esperar en sus consultas una mayor afluencia de mujeres que de hombres. Ellas, a pesar de contar ya con un grado de autoestima y seguridad personal, optimismo y motivación adecuadas, buscarían, más que los hombres, reforzar dichas características con los tratamientos estéticos. Conocer de antemano estas características de los usuarios de la Dermatología Estética, podrá facilitar a sus profesionales adaptar a ellos no solo sus procesos técnicos de intervención clínica, sino también los procesos de interacción y comunicación social.

Las personas que han sido pacientes de Dermatología por alguna patología son más conscientes de la importancia de cuidar su piel y de mantener unos hábitos saludables, que las personas que no han sido pacientes de esta especialidad; seguramente esto les lleva a pensar que la Dermatología Estética puede contribuir también a su bienestar personal. El hecho de conocer de cerca como pacientes la dermatología y tener experiencia positiva en sus tratamientos, influye positivamente en la actitud que desarrollan hacia la Dermatología Estética. Como *implicaciones prácticas* de este resultado cabe sugerir que los dermatólogos tendrán facilidad para trabajar con pacientes que hayan tenido experiencias previas positivas en las consultas de Dermatología.

Considerando la edad, las personas de los grupos de más edad son las que perciben más aspectos positivos en la Dermatología Estética y le conceden más importancia al aspecto estético de su piel por su contribución a su bienestar personal. Quizás su edad influya en que sean más conscientes de la importancia del aspecto estético de su piel y promueva que estén más informadas sobre los tratamientos de Dermatología Estética para cuidarse y seguir sintiéndose jóvenes; o quizás también valoren de una manera positiva estos tratamientos porque les ayude a mejorar problemas de salud derivados de su mayor longevidad. Como *implicaciones prácticas* de este resultado cabe sugerir que las personas de edad que acudan a las consultas de Dermatología Estética, serán personas motivadas por cuidar su piel y por cuidarse a sí mismas, lo que puede facilitar la práctica profesional del dermatólogo en esta especialidad.

El estado civil no marca diferencias estadísticamente significativas respecto al grado de información y actitudes de la población general hacia la Dermatología Estética ni respecto a la percepción de los efectos de sus tratamientos en su bienestar personal. Estas diferencias sí se encuentran, sin embargo, al considerar la autoestima y asertividad personal, el optimismo y la motivación de las personas; sobre estos factores se observa que el estado civil de casado o de pareja estable influye más positivamente sobre las personas en estas características, que el estado civil de soltero, o viudo. Como *implicación práctica* de estas conclusiones cabe sugerir que las personas casadas y con pareja estable que acudan a la consulta de Dermatología Estética podrían ser más optimistas, seguras de sí mismas y motivadas que las personas solteras o viudas, que acudan también a estas consultas.

### **IV.3. Conclusiones finales**

- El cuestionario DEBIE, tal como se presenta en el momento actual, reúne suficientes propiedades psicométricas para ser considerado una herramienta útil y fiable para valorar la percepción que tiene la población general sobre cómo puede contribuir la Dermatología Estética a su bienestar personal. Ello puede facilitar su uso para tomar decisiones en la práctica profesional de esta especialidad médica.
  
- La Dermatología Estética tiene un gran potencial para responder a las necesidades estéticas de un amplio volumen de población de todas las edades, desde la mayoría de edad, ya sea para reafirmar las características positivas de bienestar emocional de quienes cuentan con ellas, como para apoyar o compensar a otras que poseen menor grado de bienestar emocional.
  
- Las personas asertivas, optimistas, motivadas y con seguridad en sí mismas son las que tienen mayor conocimiento y una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética.
  
- Las mujeres perciben más que los hombres que los resultados de la Dermatología Estética les pueden ayudar a sentirse más seguras, más optimistas y mejor consigo mismas.
  
- Las mujeres con una imagen más adecuada y positiva de sí mismas tienen mayor conocimiento sobre Dermatología Estética que las restantes mujeres, y valoran de

manera más positiva el potencial de sus tratamientos para contribuir a su bienestar personal.

- Los hombres no se diferencian sustancialmente entre ellos sea cual sea su nivel de autoestima, asertividad, optimismo y motivación en la importancia que dan al aspecto estético de su piel, en el conocimiento y actitud que tienen sobre la Dermatología Estética, ni en los resultados que perciben en sus tratamientos.

- Las personas que han sido pacientes de Dermatología por alguna patología tienen una actitud más positiva hacia la Dermatología Estética y perciben más los resultados de sus tratamientos en la mejora de su bienestar personal.

- Las personas de más edad son las que perciben más aspectos positivos en la Dermatología Estética y le conceden más importancia al aspecto estético de su piel por su contribución a su bienestar personal.

- El estado civil no marca diferencias estadísticamente significativas respecto al grado de información y actitudes de la población general hacia la Dermatología Estética ni respecto a la percepción de los efectos de sus tratamientos en su bienestar personal.

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sadick NS. The impact of cosmetic interventions on quality of life. *Dermatology Online Journal* 2008;14:2. Disponible en: <http://anagen.ucdavis.edu/148/commentary/qualityoflife/sadick.html>. Consultado el 19 de abril de 2013.
2. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 1946 (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100).
3. World Health Organization, Constitution of the World Health Organization. In Basic Documents. Suppl 2006;45<sup>th</sup>ed.:1-20. Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf). Consultado el 8 de abril de 2013.
4. Ching S, Thoma A, McCabe RE, Antony MM. Measuring outcomes in aesthetic surgery: a comprehensive review of the literature. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111:469-80.
5. Honigman R, Castle DJ. Aging and cosmetic enhancement. *Clin Interv Aging* 2006; 1:115-19.
6. Segot-Chicq E, Fanchon C. Quality of life in postmenopausal women: translation and

validation of MSkinQOL questionnaire to measure the effect of a skincare product in USA. J Cosmet Dermatol 2013;12:267-74.

7. Segot-Chicq E, Compan-Zaouati D, Wolkenstein P, Consoli S, Rodary C, Delvigne V et al. Development and validation of a questionnaire to evaluate how a cosmetic product for oily skin is able to improve well-being in women. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007;21:1181-6

8. Sánchez-Canovas J. Manual EBP (Escala de Bienestar Psicológico)- Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo. Madrid: Ed. TEA S.A., 1998. Madrid. I.S.B.N.: 84 – 7174 – 501 – 1.

9. Boyatzis RE, Goleman D, Rhee K. Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the emotional competence inventory. En: BAR-ON, R. and PARKER, J. The Handbook of Emotional Intelligence. Primera edición. San Francisco: Jossey-Bass, 2000. ISBN: 978-0787949846.

10. Goleman D, Boyatzis R, McKee A. Primal Leadership. Realizing the Power of Emotional Intelligence. United States of America: Harvard Business School Press, 2002. ISBN 1-57851-486-X.

11. Cava Caballero, MJ, Musitu Ochoa, G. La potenciación de la autoestima en la escuela. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica S.A., 2000. ISBN: 84-493-0947-6.



12. González-Pienda JA, Núñez Pérez JC, Glez.-Pumariega S, García García, MS. Autoconcepto, Autoestima y Aprendizaje Escolar. *Psicothema* 1997;9:271-289.
13. Oñate M. El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la personalidad. Madrid: Ed. Narcea, 1989. ISBN: 9788427708600.
14. Álcantara JA. Cómo educar la autoestima. Barcelona: Ed. CEAC, 1990. ISBN: 9788432986406.
15. Musitu G, Román JM, García E. Familia y educación: prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos. Barcelona: Ed. Labor, 1988. ISBN: 84-335-1743-0.
16. Lila M. Autoconcepto, valores y socialización: un estudio transcultural. Tesis Doctoral, Dirección: Musitu G. Universidad de Valencia, 1995.
17. González Fernández O. La Presión Sociocultural Percibida Sobre El Autoconcepto Físico: Naturaleza, Medida y Variabilidad. Tesis Doctoral, Dirección: Goñi Grandmontagne A, Rodríguez Fernández A. Universidad del País Vasco (Vitoria-Gasteiz), 2011. ISBN: 978-84-9860-626-3.
18. Cleghorn P. The secrets of Self-Esteem, a new approach for everyone. Boston: Element Books, Inc. 1996. ISBN: 1-85230-777-3.
19. González-Pienda J. Análisis del autoconcepto en alumnos de 6 a 18 años: Características estructurales, características evolutivo-diferenciales y su relación con el

logro académico. Trabajo original de investigación 2003. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.

20. Goleman D. La práctica de la Inteligencia Emocional. Decimoséptima edición. Barcelona: Ed. Kairós, S.A., 2004. ISBN: 84-7245-407-X.

21. Goleman D. Inteligencia Emocional. Quincuagésima séptima edición. Barcelona: Ed. Kairós, S.A., 2004. ISBN: 84-7245-371-5.

22. Danvila del Valle I, Sastre-Castillo MA. Inteligencia Emocional: una revisión del concepto y líneas de investigación. Cuadernos de Estudios Empresariales 2010;20:107-26.

23. Vallés Arándiga A, Vallés Tortosa C. Inteligencia Emocional, Aplicaciones Educativas. Madrid: Ed. EOS, 2000. ISBN: 84-89967-81-4.

24. Raich RM. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Ed. Pirámide, 2000. ISBN: 978-84-368-1442-2.

25. Freedman RJ. Reflections on beauty as it relates to health in adolescent females. Women Health 1984;9:29-45.

26. Stal S, Peterson R, Spira M. Aesthetic considerations and the pediatric population. Clin plast Surg 1998;25:631-49.

27. Lieu TJ, Pandya AG. Melasma quality of life measures. *Dermatol Clin* 2012;30:269-80.
28. Do JE, Cho SM, In SI, Lim KY, Lee S, Lee ES. Psychosocial Aspects of Acne Vulgaris: A Community-based Study with Korean Adolescents. *Ann Dermatol* 2009;21:125-9.
29. Potocka A, Turczyn-Jabłońska K, Merecz D. Psychological correlates of quality of life in dermatology patients: the role of mental health and self-acceptance. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat* 2009;18:53-8, 60, 62.
30. Potocka A, Turczyn-Jabłońska K, Kieć-Swierczyńska M. Self-image and quality of life of dermatology patients. *Int J Occup Med Environ Health* 2008;21:309-17.
31. Guerra Tapia A, González-Guerra E. Calidad de vida en Dermatología. Sistemas de medición. En: Guerra Tapia A. *Dermatología psiquiátrica: De la piel a la mente*. Barcelona: Ed. Glosa S.L., 2009. Vol 2:13-24. ISBN: 978-84-7429-427-9.
32. Guerra Tapia A. Introducción. En: Guerra Tapia A. *Dermatología psiquiátrica: De la mente a la piel*. Barcelona: Ed. Glosa, S.L., 2008. Vol 1:11-12. ISBN: 978-84-7429-398-2.
33. Guerra-Tapia A, Leonart M, Balaña M. Observational study to evaluate the impact of an educational/ informative intervention in the emotional status (anxiety) of patients with atópica dermatitis (CUIDA-DEL). *Actas Dermosifiliogr* 2007;98:250-58.

34. Tribó Boixareu MJ. Papel de los neurotransmisores en la génesis de las alteraciones dermopsiquiátricas. En: Guerra Tapia A. Dermatología psiquiátrica: Entre la mente y la piel. Barcelona: Ed. Glosa, S.L., 2008. Vol 3:19-27. ISBN: 978-84-7429-428-6.
35. [http://www.medicur.es/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=163&Itemid=144](http://www.medicur.es/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=163&Itemid=144) Consultado el 01 de mayo de 2014.
36. Academia Española de Dermatología y Venereología. Disponible en: <http://www.aedv.es/pacientes/que-es-la-dermatologia>. Consultado el 18 de abril de 2013.
37. Fernández C, Cordero A, González L. La Dermocosmética. Acta Bioclínica 2012;4:11-5.
38. Hardy A, Rollinson G. Cosmetics for eternity in ancient Egypt. Pharm Hist 2012;42(1):17-22.
39. Jhala CI, Jhala KN. The Hippocratic Oath: a comparative análisis of the ancient text's relevance to American and Indian modern medicine. Indian J Pathol Microbiol 2012;55:279-82.
40. Siutti AJ. The Hippocratic Oath. Rev Museo Fac Odontol B Aires 1999;14:15-20.
41. Goic A. The Hippocratic Oath. Rev Med Chil 1998;126:1151-52.

42. Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en: <http://rae.es/rae.html>. Consultado el 18 de abril de 2013.

43. Sellés E, Jiménez I, Fresno M. Rheological behaviour of Cérat Cosmétique, Ph. F.'. Int J Cosmet Sci 1990;12:55-62.

44. Kneedler JA, Sky SS, Sexton LR. Understanding alpha-hydroxy acids. Dermatol Nurs 1998;10:247-54.

45. Koblenzer G. Psychosocial aspects of beauty: how and why to look good. Clin Dermatol 2003;21:473–75.

46. Macaya-Pascual A, López-Canós R, López-Piqueras S, Gómez S. Analysis of the reasons for consultation and dermatology care cost in a primary care site. Actas Dermosifiliogr 2006;97:569-72.

47. Markey AC. Dermatologists and cosmetic surgery—a personal view of regulation and training issues. Clin Exp Dermatol 2004; 29:690–92.

48. Frederick D, Lever J, Peplau L. Interest in cosmetic surgery and body image: views of men and women across the lifespan. Plast Reconstr Surg 2007; 120:1407–15.

49. Guerra Tapia A, García del Cañizo C, González Guerra E. Cosméticos y cosmeceúticos: definición, formulación y evaluación de la eficacia y seguridad. Monogr

Dermatol 2012;25:5-10.

50. Tierney EP, Hanke CW. Recent trends in cosmetic and surgical procedure volumes in dermatology surgery. *Dermatol Surg* 2009;35:1324-33.

51. Jonzon K. Why Are We So Obsessed With Beauty- Is Nature or Nurture? *Plast Surg Nurs*. 2009; 29:222-25.

52. De Oliveira Monteiro E, Baumann L, Welsh E, Kaufman J. Cosmetic dermatology: Beyond the beauty. *Cosmetic Dermatology* 2006;19:287-9.

53. Polonijo AN, Carpiano RM. Representations of Cosmetic Surgery and Emotional Health in Women's Magazines in Canada. *Womens Health Issues* 2008;18:463-70.

54. López-Martín S, Galera-Martin C, Guerra-Tapia A. Ethics in Dermatology: Toward a New Paradigm. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;Aug 31

55. Baumann L. Ethics in cosmetic dermatology. *Clin Dermatol* 2012;30:522-27.

56. Maio G. Is aesthetic surgery still really medicine? An ethical critique. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2007;39:189-94.

57. Chavoin JP. Aesthetic surgery and ethic. *Ann Chir Plast Esthét* 2003;48:273-278.

58. Gupta S. Ethical and legal issues in aesthetic surgery. *Indian J Plast Surg*

2012;45:547-49.

59. Atiyeh BS, Rubeiz MT, Hayek SN. Aesthetic/Cosmetic surgery and ethical challenges. *Aesthetic Plast Surg* 2008;32:829-39; discussion 840-1.

60. Sweeney C. Seeking Self-Esteem Through Surgery. *The New York Times*. January 15, 2009. Disponible en: [www.nytimes.com/2009/01/15/fashion/15.skin.html](http://www.nytimes.com/2009/01/15/fashion/15.skin.html) Consultado el 07 de abril de 2013.

61. <http://www.webconsultas.com/belleza-y-bienestar/afecciones-esteticas/aumenta-la-demanda-de-tratamientos-de-estetica-7167> Consultado el 18 de abril de 2013.

62. Quelart R. Periódico La Vanguardia, domingo 2 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/20110217/54116184087/crecen-los-tratamientos-esteticos-entre-ejecutivos-para-asegurar-su-puesto-de-trabajo.html> Consultado el 18 de abril de 2013.

63. Grupo Español de Dermatología Estética y Terapéutica de la AEDV. Disponible en: <http://www.aedv-gtdermocosmetica.es> Consultado el 28 de abril de 2013.

64. Cantor J. Cosmetic dermatology and physicians' ethical obligations: more than just hope in a jar. *Semin Cutan Med Surg* 2005;24:155-60.

65. Morganti P. The cosmetic efficacy: Myth or reality? *Journal of Applied Cosmetology* 2011;29:109-10.

66. CrahamJA, Jouhar AJ. The importance of cosmetics in the psychology of appearance. *Int J Dermatol* 1983;22:153-6.
67. Craham JA, Jouhar AJ. Cosmetics considered in the context of physical attractiveness: a review. *Int J Cosmet Sci* 1980;2:77-101.
68. Battie C, Verschoore M. Dermatology, cosmetic and well-being. *Ann Dermatol Venereol* 2011;138:294-301.
69. Martin KI, Glaser DA. Cosmeceuticals: the new medicine of beauty. *Mo Med* 2011;108:60-3.
70. Morganti P. Reflections on cosmetics, cosmeceuticals, and nutraceuticals. *Journal of Applied Cosmetology* 2008;26:318-20.
71. Epstein H. Four decades of cosmeceuticals. *Clin Dermatol* 2009;27:427.
72. Pavlidis L, Spyropoulou GA. A simple technique to perform manual dermabrasion with sandpaper. *Dermatol Surg* 2012;38:2016-17.
73. Karimipour DJ, Kang S, Johnson TM, Orringer JS, Hamilton T, Hammerberg C, et al. Microdermabrasion with and without aluminum oxide crystal abrasion: A comparative molecular analysis of dermal remodeling. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:405-10.



74. Berson DS, Cohen JL, Rendon MI, Roberts WE, Starker I, Wang B. Clinical role and application of superficial chemical peels in today's practice. *J Drugs Dermatol* 2009;8:803-11.
75. Puri N. Comparative study of 15% TCA peel versus 35% glycolic acid peel for the treatment of melasma. *Indian Dermatol Online J* 2012;3:109–13.
76. Guerra A, Cisneros JL, Eiros JM, Herrera E, Jaén P, Pérez-Macías JM. Profilaxis antiherpética en intervenciones de dermoexfoliación facial. *Actas Dermosifiliogr* 2005;96:479-97.
77. Collawn SS, Boissy RE, Gamboa M, Vasconez LO. Ultrastructural study of the skin after facial chemical peels and the effect of moisturization on wound healing. *Plast Reconstr Surg* 1998;101:1374-79; discussion 1380.
78. Tse Y, Ostad A, Lee HS, Levine VJ, Koenig K, Kamino H, Ashinoff R. A clinical and histologic evaluation of two medium-depth peels. Glycolic acid versus Jessner's trichloroacetic acid. *Dermatol Surg* 1996;22:781-86.
79. El-Domyati MM, Attia SK, Saleh FY, Ahmad HM, Gasparro FP, Uitto JJ. Effect of topical tretinoin, chemical peeling and dermabrasion on p53 expression in facial skin. *Eur J Dermatol*. 2003;13:433-38.
80. Dainichi T, Amano S, Matsunaga Y, Iriyama S, Hirao T, Hariya T, et al. Chemical

peeling by SA-PEG remodels photo-damaged skin: suppressing p53 expression and normalizing keratinocyte differentiation. *J Invest Dermatol* 2006;126:416-21.

81. Barolet D, Roberge CJ, Auger FA, Boucher A, Germain L. Regulation of Skin Collagen Metabolism In Vitro Using a Pulsed 660 nm LED Light Source: Clinical Correlation with a Single-Blinded Study. *J Invest Dermatol* 2009; 129: 2751–59.

82. McDaniel DH, Weiss RA, Geronemus RG, Mazur C, Wilson S, Weiss MA. Varying ratios of wavelengths in dual wavelength LED photomodulation alters gene expression profiles in human skin fibroblasts. *Lasers Surg Med* 2010;42:540-45.

83. Sachdev M, Hameed S, Mysore V. Nonablative lasers and nonlaser systems in dermatology: current status. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011;77:380-88.

84. Rahman Z, Alam M, Dover JS. Fractional Laser treatment for pigmentation and texture improvement. *Skin Therapy Lett.* 2006;11:7-11.

85. Orringer JS, Rittié L, Hamilton T, Karimipour DJ, Voorhees JJ, Fisher GJ. Intraepidermal erbium:YAG laser resurfacing: impact on the dermal matrix. *J Am Acad Dermatol* 2011;64:119-28.

86. Huang J, Luo X, Lu J, Chen J, Zuo C, Xiang Y, et al. IPL irradiation rejuvenates skin collagen via the bidirectional regulation of MMP-1 and TGF- $\beta$ 1 mediated by MAPKs in fibroblasts. *Lasers Med Sci* 2011;26:381-87.

87. Tierney EP, Eisen RF, Hanke CW. Fractionated CO2 laser skin rejuvenation. *Dermatol Ther* 2011;24:41-53.

88. Clementoni MT, Lavagno R, Catenacci M, Kantor R, Mariotto G, Shvets I. 3D in vivo optical skin imaging for intense pulsed light and fractional ablative resurfacing of photodamaged skin. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2011;19:737-57.

89. El-Domyati M, El-Ammawi TS, Moawad O, Medhat W, Mahoney MG, Uitto J. Intense pulsed light photorejuvenation: a histological and immunohistochemical evaluation. *J Drugs Dermatol* 2011;10:1246-52.

90. Trelles M, Allones I, Vélez M, Mordon S. Nd:YAG laser combined with IPL treatment improves clinical results in non-ablative photorejuvenation. *J Cosmet Laser Ther* 2004;6:69-78.

91. Trelles MA, Alvarez X, Martín-Vázquez MJ, Trelles O, Velez M, Levy JL, et al. Assessment of the efficacy of nonablative long-pulsed 1064-nm Nd:YAG laser treatment of wrinkles compared at 2, 4, and 6 months. *Facial Plast Surg* 2005;21:145-53.

92. Gilbert E, Hui A, Waldorf HA. The basic science of dermal fillers: past and present Part I: background and mechanisms of action. *J Drugs Dermatol* 2012;11:1059-68.

93. Erazo PJ, de Carvalho AC, Alexander T, Ramos M, Vianna P. Facial filling with hyaluronic acid: pillars technique and supporting mesh. Basic principles to obtain a

facial remodelling. *Cir Plast Iberolatinoam* 2009;35:181-94.

94. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Subdirección General de Medicamentos y Productos Sanitarios. Implantes de relleno utilizados con finalidad plástica, reconstructiva y estética con marcado CE comercializados en España (01/01/1995-31/10/2007). Disponible en:

[http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/productosSanitarios/2007/NI-implantes-relleno\\_30-noviembre-2007.htm](http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/productosSanitarios/2007/NI-implantes-relleno_30-noviembre-2007.htm) Consultado el 24 de abril de 2013.

95. Sánchez-Carpintero I, Candelas D, y Ruiz-Rodríguez R. Materiales de relleno: tipos, indicaciones y complicaciones. *Actas Dermosifiliogr* 2010;101:381–93.

96. Raspaldo H, Aziza R, Belhaouari L, Berros P, Body S, Galatoire O, et al. How to achieve synergy between volume replacement and filling products for global facial rejuvenation. *Journal of Cosmetic and Laser Therapy* 2011;13:77–86.

97. Pistor M. What is mesotherapy? *Chir Dent Fr* 1976; 46:59–60.

98. Konda D, Thappa DM. Mesotherapy: What is new? *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013;79:127-34.

99. El-Domyati M, El-Ammawi TS, Moawad O, El-Fakahany H, Medhat W, Mahoney MG, et al. Efficacy of mesotherapy in facial rejuvenation: a histological and immunohistochemical evaluation. *Int J Dermatol* 2012; 51: 913–19.

100. Martínez-Pérez D. Toxina botulínica y su empleo en la patología oral y máxilofacial. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac 1004;26:149-54.

101. Alomar A. Guía de Utilización de la Toxina Botulínica en Dermatología. Barcelona: Ed Permanyer S.L., 2005. ISBN: 978-84-934506-8-7.

102. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS): ficha técnica de Vistabel®. Disponible en:

<http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=65837&formato=pdf&formulario=FICHAS> Consultado el 23 de abril de 2013.

103. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS): ficha técnica de Azzalure®. Disponible en:

<http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=71300&formato=pdf&formulario=FICHAS> Consultado el 23 de abril de 2013.

104. Trelles MA, Velez M, Gold MH. The treatment of melasma with topical creams alone, CO2 fractional ablative resurfacing alone, or a combination of the two: a comparative study. J Drugs Dermatol 2010;9:315-22.

105. Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay RJ. Dermatology quality of life scales –a measure of the impact of skin diseases. Br J Dermatol 1997;136:202-6.

106. Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, et al. Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: realibility, validity, and responsiveness. J Invest Dermatol

19996;107:707-13.

107. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994;19:210-6.

108. Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, Zyzanski SJ. Improved discriminative and evaluative capability of a refined versión of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol* 1997;133:1433-40.

109. Peuvrel L, Quéreux G, Brocard A, Saint-Jean M, Vallet C, Mère A, et al. Evaluation of quality of life after a medical corrective make-up lesson in patients with various dermatoses. *Dermatology* 2012;224:374-80.

110. de Arruda LH, Rocha FT, Rocha A. Studying the satisfaction of patients on the outcome of an aesthetic dermatological filler treatment. *J Cosmet Dermatol* 2008;7:246-50.

111. Mandy SH. Satisfying patient expectations with soft-tissue augmentation. *Dermatol online J* 2009;15:1.

112. Alsarraf R. Outcomes instruments in facial plastic surgery. *Facial Plast Surg* 2002;18:77-86.

113. Fagien S, Cox SE, Finn JC, Werschler WP, Kowalsky JW. Patient-reported outcomes with botulinum toxin type A treatment of glabellar rhytids: a double-blind,

randomized, placebo-controlled study. *Dermatol Surg* 2007;33:S2-9.

114. Imadojemu S, Sarwer DB, Percec I, Sonnad SS, Goldsack JE, Berman M, et al. Influence of surgical and minimally invasive facial cosmetic procedures on psychosocial outcomes: a systematic review. *JAMA Dermatol* 2013;149:1325-33.

115. Hexsel D, Brum C, Siega C, Schilling-Souza J, Dal'Forno T, Heckmann M, et al. Evaluation of self-esteem and depression symptoms in depressed and nondepressed subjects treated with onabotulinumtoxinA for glabellar lines. *Dermatol Surg* 2013;39:1088-96.

116. Dayan SH, Arkins JP, Patel AB, Gal TJ. A double-blind, randomized, placebo-controlled health-outcomes survey of the effect of botulinum toxin type A injections on quality of life and self-esteem. *Dermatol Surg* 2010;36:2088-97.

117. Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Cano SJ. Development and psychometric Evaluation of the FACE-Q Satisfaction with Appearance Scale. A New Patient-Reported Outcome Instrument for Facial Aesthetic Patients. *Clin Plast Surg* 2013;40:249-60.

118. Taieb CR, Rahhali N, Perez-Cullell N, Sibaud V. CosmeceutiQoL: A tool for assessing dermo-cosmetic products' impact on quality of life. *J Cosmet Laser Ther* 2012;14:18-23.

119. Beresniak A, de Linares Y, Krueger GG, Talarico S, Durur G, Berger G. Validation of a new international quality-of-life instrument specific to cosmetics and

physical appearance: Beautyqol questionnaire. Arch Dermatol 2012;148:1275-82.

120. Sommer B, Zschocke I, Bergfeld D, Sattler G, Augustin M. Satisfaction of patients after treatment with botulinum toxin for dynamic facial lines. Dermatol Surg 2003;29:456-60.

121. Jáuregui Lobera I, Bolaños Ríos P. Body image and quality of life in a Spanish population. Int J Gen Med 2011;4:63-72.

122. Kligman AM, Koblenzer C. Demographics and psychological implications for the aging population. Dermatol Clin 1997;15:549-53.

123. Osman OT, Mufaddel A, Almugaddam F, Augusterfer EF. The psychiatric aspects of skin disorders. Expert Rev Dermatol 2011;6:195-209.

124. Jafferany M. Psychodermatology: A guide to understanding common psychocutaneous disorders. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2007;9:203-13.

125. Schubert C, Schüssler G. Psyconeuroimmunology: an update. Z Psychosom Med Psychother. 2009;55:1-2.

126. Guerra Tapia E. González-Guerra E. Las emociones como agentes patógenos. En: Guerra Tapia A. Dermatología psiquiátrica: Entre la mente y la piel. Barcelona: Ed. Glosa, S.L., 2008. Vol 3:13-18. ISBN: 978-84-7429-428-6.



127. Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica de la AEDV. Disponible en: <http://aedv.es/GrupoDermatologiaPsiquiatrica/> Consultado el 20 de abril de 2013.

128. Noël B. Esthetic and corrective dermatology: clinical applications and social role. *Rev Med Suisse* 2009;5:895-99.

129. Seité S, Deshayes P, Dréno B, Misery L, Reygagne P, Saiag P, et al. Interest of corrective makeup in the management of patients in dermatology. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2012;5:123-8.

130. Levy LL, Emer JJ. Emotional benefit of cosmetic camouflage in the treatment of facial skin conditions: Personal experience and review. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2012;5:173-82.

131. Boehncke WH, Ochsendorf F, Paeslack I, Kaufmann R, Zollner TM. Decorative cosmetics improve the quality of life in patients with disfiguring skin diseases. *Eur J Dermatol* 2002;12:577-80.

132. Westmore MG. Make-up as an adjunct and aid to the practice of dermatology. *Dermatol Clin* 1991;9:81-8.

133. Von Soest T, Kvalem I, Skolleborg K, Roald H. Psycho- social factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2006;117:51–62.

134. Grossbart TA, Sarwer D. Cosmetic surgery: surgical tools-psychosocial goals.

Semin Cutan Med Surg 1999;18:101-11.

135. Landis BJ. Facial cosmetic surgery: a primary care perspective. The Nurse practitioner 1994;19:71-6.

136. Shiffman MA. Beauty in cosmetic surgery. International Journal of Cosmetic Surgery and Aesthetic Dermatology 2001;3:233-4.

137. Lawrence N, Coleman WP 3<sup>rd</sup>, Brody HJ, Ringel EW. In defense os cosmetic surgery for aging. Arch Dermatol 1998;134:1295-7.

138. Hernández-Pérez E, Khawaja HA. Praise for cosmetic surgery. International Journal of Cosmetic Surgery and Aesthetic Dermatology 2003;5:207-11.

139. Sharma V. Changing faces: Patients information on cosmetic surgery Part 1. International Journal of Cosmetic Surgery and Aesthetic Dermatology 2002;4:269-78.

140. Pierce HE. Cosmetic head and face surgery – ethnic considerations. J Natl Med Assoc 1980;72:487-92.

141. Pitanguy I. Facial cosmetic surgery: A 30-year perspective. Plastic and Reconstructive Surgery 2000;105:1517-26.

142. Schlessinger J, Schlessinger D, Schlessinger B. Prospective demographic study of cosmetic surgery patients. J Clin Aesthet Dermatol 2010;3:30-5.

143. Klassen A, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Goodacre T. Patients' health related quality of life before and after aesthetic surgery. *Br J Plast Surg* 1996;49:433-8.
144. Garousi B, Garousi S, Baneshi MR. Body image and body change: Predictive factors in an Iranian population. *Int J Prev Med* 2013;4:940-8.
145. Von Soest T, Kvaalem IL, Skolleborg KC, Roald HE. Psychosocial changes after cosmetic surgery: a 5-year follow-up study. *Plast Reconstr Surg*. 2011;128:765-72.
146. Von Soest T, Kvaalem IL, Roald HE, Skolleborg KC. The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2009;62:1238-44.
147. Webb WL, Slaughter R, Meyer E, Edgerton M. Mechanisms of psychosocial adjustment in patients seeking "face-lift" operation. *Psychosom Med* 1965;27:183-92.
148. Goin MK, Burgoyne RW, Goin JM, Staples FR. A prospective psychological study of 50 female facelift patients. *Plast Reconstr Surg* 1980;65:436-42.
149. Edgerton MT, WebbWL, Slaughter R, Meyer E. Surgical results and psicosocial changes following rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1964;33:503-14.
150. Honingman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psicosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:1229-37.

151. Von Soest T, Kvalem IL, Roald HE, Skolleborg KC. Cosmetic surgery among Norwegian women. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2004;124:1776-78.
152. Von Soest T, Kvalem IL, Skolleborg KC, Roald HE. Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117:51-62.
153. Gupta MA, Gupta AK. Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. *Clin Dermatol* 2013;31:72-9.
154. Malick F, Howard J, Koo J. Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatol Ther* 2008;21:47-53.
155. Grossbart TA, Sarwer D. Psychosocial Issues and Their Relevance to the Cosmetic Surgery Patient. *Semin Cutan Med Surg*. 2003;22:136-47.
156. Lawell S, Lewis C. SAFE: a practical guide to psychological factors in selecting patients for facial cosmetic surgery. *Ann Plast Surg* 1984;12:256-59.
157. Edgerton MT, Jacobson WE, Meyer E. Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: Ninety-eight consecutive patients with minimal deformity. *Brit J plast Surg* 1960;13:136-45.

158. Hass CF, Champion S, Secor D. Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a síntesis of the literature. *Plast Surg Nurs* 2008;28:177-82.
159. Ferraro GA, Rossano F, D'Andrea F. Self-Perception and Self-Esteem of Patients Seeking Cosmetic Surgery. *Aesth Plast Surg* 2005;29:184-89.
160. Melli C, Giorgini S. Aesthetics in psychosomatic dermatology I. Cosmetics, self-image, attractiveness. *Clin Dermatol* 1984;2:180-7.
161. Giorgini S, Melli C. Aesthetic in psychosomatic dermatology II. Skin changes experienced as cutaneous disease. *Clin Dermatol* 1984;2:188-200.
162. Bassak-Nejad S. Negative body image, self esteem and coping style among Iranian Women seeking cosmetic treatment. *Asian J Psychiatr* 2011;4 Suppl 1:80.
163. Barker DJ, Barker MJ. The body as art. *J Cosmet Dermatol* 2002;1:88-93.
164. Stephen ID, Perera AT. Judging the difference between attractiveness and health: does exposure to model images influence the judgments made by men and women? *PLoS One* 2014;20:9: e86302. Disponible en [10.1371/journal.pone.0086302](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086302) Consultado el 23 de marzo de 2014.
165. Sánchez López MP, Aparicio García ME, Dresch V. Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema* 2006;18:584-590.

166. Yean C, Benau EM, Dakanalis A, Hormes JM, Perone J, Timko CA. The relationship of sex and sexual orientation to self-esteem, body shape satisfaction, and eating disorder symptomatology. *Front Psychol* 2013;4:887.
167. Kwang T, Crckett EE, Sanchez DT, Swann WB. Men seek social standing, women seek companionship: sex differences in deriving self-worth from relationships. *Psychol Sci*. 2013;24:1142-50.
168. Lennon MC. Women, work and well-being: The importance of work conditions. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 235-47.
169. Roxburg S. Gender differences in work and well-being: effects of exposure and vulnerability. *J Health Soc Behav* 1996; 37: 265-77.
170. Garaigordobil M, Aliri J, Fontaneda I. Bienestar psicológico subjetivo: diferencias de sexo, relaciones con dimensiones de personalidad y variables predictoras. *Behavioral Psychology* 2009;17:543-59.
171. Sánchez-López MP, Aparicio-García ME, Dresch V. Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema* 2006;18:584-90.
172. Yoo-Soo B, Boer-Kimball Q, Alora-Palli M. Gender differences in perceptions of aging. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:3 Suppl 1:AB24.

173. López-Araújo B, Segovia AO, Peiró JM. El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicothema* 2007;19:81-7.
174. Trucco M, Valenzuela P, Trucco D. Estrés ocupacional en personal de salud. *Rev Med Chile* 1999; 127:1453-61.
175. Roxburg S. Gender differences in work and well-being: effects of exposure and vulnerability. *J Health Soc Behav* 1996;37:265-77.
176. Lundberg U. Influence of paid and unpaid work on psychophysiological stress responses of men and women. *J Occup Health Psychol* 1996; 2:117-30.
177. [www.actitudesimagen.com.mx](http://www.actitudesimagen.com.mx) Disponible online. Consultado el 24 de marzo de 2014.
178. Senior C, Thomson K, Badger J, Butler MJ. Interviewing strategies in the face of beauty: a psychophysiological investigation into the job negotiation process. *Ann N Y Acad Sci* 2007;1118:142-62.
179. Preston CE, Gudiksen KS. A measure of self-perception among older people. *J Gerontol* 1966 Jan;21:63-71.

180. Sambvani N, Gobbi L, Monti M. Impact of cutaneous appearance in elderly patient on global 'well-being'. Study on 550 cases. *G Ital Dermatol Venereol* 1994;129:613-8.
181. Finn JC, Cox SE, Earl ML. Social implications of hyperfunctional facial lines. *Dermatol Surg* 2003;29:450-5.
182. Hurd-Clarke L, Repta R, Griffin M. Non-surgical cosmetic procedures: Older women's perceptions and experiences. *J Women Aging* 2007;19:69-87.
183. Fenske NA, Albers SE. Cosmetic modalities for aging skin: What to tell patients. *Geriatrics* 1990;45:59-67.
184. Davis EC, Callender VD. Aesthetic dermatology for aging ethnic skin. *Dermatol Surg* 2011;37:901-17.
185. Verma SB. Dermatology for the elderly: An Indian perspective. *Clin Dermatol* 2011;29:91-6.
186. Beylot C. Skin aging: clinicopathological features and mechanisms. *Ann Dermatol Venereol* 2009;136 Suppl 6:263-9.
187. Farage MA, Miller KW, Eisner P, Maibach HI. Functional and physiological characteristics of the aging skin. *Aging Clin Exp Res* 2008;20:195-200.



188. Cardenal-Hernández V, Fierro-Bardaji A. Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar social y adaptación social. *Psicothema* 2001;13:118-126.

189. Nestor MS, Stillman MA, Frisina AC. Subjective and objective facial attractiveness ratings and gender differences in objective appraisals of female faces. *J Clin Aesthet Dermatol* 2010;3:31-6.

190. Swami V. Body appreciation, media influence, and weight status predict consideration of cosmetic surgery among female undergraduates. *Body Image* 2009;6:315-7.

191. McLanahan S, Adams J. Parenthood and psychological well-being. *Ann Rev Immunol* 1987;5:237-57.

192. Nowakowska-Socha J. Aesthetic dental treatment in present socio-economic conditions and its influence on the oral hygiene and self-esteem of patients based on the survey and clinical research. *Ann Acad Med Stetin* 2007;53:100-13.

193. Markey CN, Markey PM. Correlates of young women's interest in obtaining cosmetic surgery. *Sex Roles* 2009;61:158–66.

194. Nerini A, Matera C, Stefanile C. Psychosocial Predictors in Consideration of Cosmetic Surgery Among Women. *Aesthetic Plast Surg*. 2014;38:461-6.

195. Hernández Ruiz A. Expectativas de vida familiar y laboral de una muestra de estudiantes de Publicidad y Relaciones Públicas. Tesis Doctoral, Dirección: Martín Llaguno M, Beléndez Vázquez M. Universidad de Alicante, 2008.
196. Corrales Fernández E, Tardón García A, Cueto Espina A. Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema* 2000;12:171-5.
197. Ramos-e-Silva M, da Silva Carneiro SC. Elderly skin and its rejuvenation: products and procedures for the aging skin. *J Cosmet Dermatol.* 2007;6:40-50.
198. Arnau J, Anguera MT, Gómez J. Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia 1990.
199. Del Río-Sadornil D. Métodos de investigación en educación. Vol. I. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2003.
200. Gil Pascual JA. Técnicas e instrumentos para la recogida de información. Madrid: UNED, 2011. I.S.B.N.: 978-84-362-6250-6.
201. Muñiz J. Teoría Clásica de los Tests. Madrid: Pirámide, 2000. I.S.B.N.: 978-84-3681-2626.
202. Muñiz J. Classical test models. En: B.S. Everitt and D. C. Howell. *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd. 2005;1:278-282. I.S.B.N.: 978-04-7086-0804.

203. Epstein S. Inventario de pensamiento constructivo (CTI)- Una medida de la inteligencia emocional. Madrid: Ed. TEA, S.A., 2003. ISBN: 84-7174-755-3.
204. Moraleda M, González Galán A, García-Gallo J. Manual de Actitudes y Estrategias Cognitivas Sociales (AECS). Madrid: Ed. TEA S.A, 2004. ISBN: 84-7174-795-2.
205. Musitu G, García F, Gutiérrez M. Manual Autoconcepto Forma-A (AFA). Madrid: Ed. TEA S.A, 1997. ISBN: 84-7174-467-8.
206. Gismero González E. Escala de Habilidades Sociales (EHS). Madrid: Ed. TEA S.A, 2002. ISBN: 84-7174-708-1.
207. Poujaud P, Gatier G. Test de Habilidades en la Negociación (NEGO). Madrid: Ed. TEA S.A, 2002. ISBN: 84-7174-262-4.
208. Fernández Seara JL, Mielgo Robles M. Escalas de Apreciación del Estrés. Madrid: Ed. TEA S.A, 2001. ISBN: 84-7174-662-X.
209. Fernández-Seara JL, Seisdedos N, Mielgo M. Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS). Madrid: Ed. TEA S.A, 1998. ISBN: 84-7174-487-2.
210. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Cuestionario de Personalidad para Niños y Adultos (EPQ- A y J). Madrid: Ed. TEA S.A, 1992. ISBN: 84-7174-273-X.

211. Aciego de Menzoza R, Domínguez-Medina R, Hernández-Hernández P. Consistencia interna y estructura factorial de un cuestionario sobre autorrealización y crecimiento personal. *Phicothema* 2005;17:134-142.
212. Antolín-Suárez L, Oliva-Delgado A, Pertagal-Vega MA, López-Jiménez AM. Desarrollo y validación de una escala de valores para el desarrollo positivo adolescente. *Phicothema* 2011;1: 153-9
213. Vielma-Rangel J, Alonso L. El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Artículos arbitrados* 2010;49:265-75.
214. Morales Vallejo P. Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes. Universidad Rafael Landívar 2011. Disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/otrosdocumentos/Guiaparaconstruirescalasdeactitudes.pdf> Consultado el 23 de abril de 2013.
215. Granado de la Orden S, Rodríguez-Riero C, Olmedo-Luceron MC, Chacón-García A, Vigil-Escribano D, Rodríguez-Pérez P. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un Hospital de Madrid en 2006. *Rev Esp Salud Pública* 2007;81:637-45.
216. Kerlinger FN. Investigación del Comportamiento. México: McGrawHill, 2002. I.S.B.N.: 970-10-3070-2.

217. Hernández-Baeza A, Muñiz-Fernández J, García-Cueto E. Comportamiento del modelo de respuesta graduada en función del número de categorías de la escala. *Psicothema* 2000;12:288-91.
218. <http://www.psicologia-positiva.com/optimismo.html> Disponible online. Consultado el 23 de abril de 2013.
219. [www.wordreference.com](http://www.wordreference.com) Disponible online. Consultado el 23 de abril de 2013.
220. <http://www.psicologiaclinicaydeldeporte.es/Documentos/Articulos/Pedalier/15-Meditacion.pdf> Disponible online. Consultado el 23 de abril 2013.
221. Goleman D. Relaxation: surprising benefits detected. *The New York Times*, May 13, 1986, retrieved May 23, 2006. Disponible en: <http://www.nytimes.com/1986/05/13/science/relaxation-surprising-benefits-detected.html> Consultado el 23 de abril de 2013.
222. Dryden W. *Acéptate a ti mismo (How to accept yourself?)*. Barcelona: Ed. Hispano Europea SA, 2002. ISBN: 84-255-1427-4.
223. Castanyer O. *La asertividad: Expresión de una sana Autoestima*. Bilbao: Ed. Desclee de Brouwer, 34ªEd, 2013. ISBN: 9788433011411.
224. Lila M, Gracia E. Determinantes de la aceptación-rechazo parental. *Psicothema* 2005;17:107-11.

225. Beavers AS, Lounsbury JW, Richards JK, Huck SW, Skolits GJ, Esquivel SL. Practical Considerations for Using Exploratory Factor Analysis in Educational Research. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 2013; 18(6).
226. Díaz de Rada Igúrquiza V. Técnicas de análisis multivariante para investigación social y comercial. Madrid: Ed. Ra-Ma, 2002.
227. Galea S, Tracy M. Participation Rates in Epidemiologic Studies. *Ann Epidemiol* 2007;17:643–53
228. Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España 2005. Disponible en: [http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario05/anu05\\_2demografia.pdf](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario05/anu05_2demografia.pdf)  
Consultado el 26 de octubre de 2013.
229. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill, 1994. I.S.B.N.: 978-00-7047-8497.
230. Thorndike RL. *Applied Psychometrics*. Boston: Houghton-Mifflin, 1982. I.S.B.N.: 978-03-9530-0770.
231. Ferrando PJ. Equivalencia entre los formatos Likert y continuo en ítems de personalidad: Un estudio empírico. *Psicológica* 1995;16:417-28.

232. Tomás JM, Oliver A. Efectos de formato de respuesta y método de estimación en el análisis factorial confirmatorio. *Psicothema* 1998;10:197-208.

233=83V=122. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951;16: 297-334.

234. Terwee CB, Bot SDM, De Boer MR, Van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007;60:34-42.

235. Jöreskog KG, Sörbom D. *Advances in factor analysis and structural equation models*. New York: University Press of America, 1979. ISBN: 0890115354

236. Jöreskog KG, Sörbom D. *LISREL*. Chicago, IL: Scientific Software International, 2002.

237. Russell DW. In search of underlying dimensions: the use (and abuse) of factor analysis in personality and social psychology bulletin. *Pers Soc Psychol Bull* 2002;28:1629-46.

238. Browne MW, Cudeck R. Testing structural equation models. In: KA Bollen, JS Long (Eds.). *Alternative ways of assessing models fit*. London, England: Sage, 2003. p.136-162.

239. Mac Callum RC, Browne MW, Sugawara HM. Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods* 1996;1:130-49.
240. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, NY: Guilford, 2006. ISBN: 1593852746.
241. Hu L, Bentler PM. Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling* 1999;6:1-55.
242. Tucker LR, Lewis C. A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika* 1973;38:1-10.
243. Veronese, G, Pepe, A. Psychometric properities of IES-R, short Arabic version in contexts of military violence. *Res Soc Work Pract*. 2013;23:710-8.
244. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO;1993. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf> consultado el 12 de enero de 2014.
245. Housman TS, Hancox JG, Mir MR, Camacho F, Fleischer Jr AB, Feldman SR, et al. What specialties perform the most common outpatient cosmetic procedures in the United States? *Dermatol Surg* 2008;34:1-7.



246. Chung V, Alexander H, Pavlis M, Alexander M, Veledar E, Washington CV, et al. The public's perception of dermatologists as surgeons. *Dermatol Sur* 2011;37:295-300.
247. Ahn CS, Davis SA, Dabade TS, Williford PM, Feldman SR. Cosmetic procedures performed in the United States: a 16-year analysis. *Dermatol Surg*. 2013; 39:1351-9.
248. De Lara-Guijarro E, Ballesteros-Velázquez B. Métodos de investigación en Educación Social. Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia, 2007. ISBN: 978-84-662-5261-3.
249. Morales P. Medición de actitudes en psicología y educación, construcción de escalas y problemas metodológicos. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2006. ISBN: 978-84-8468-1908.
250. Bagozzi R. Issues in the Application of Covariance Structure Analysis: A Further Comment. *J Consum Res* 1983; 9: 449-50.
251. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry* 2004;3:12-7.
252. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2005;17:205-10.
253. Patel U, Fitzgerald R. Facial shaping: Beyond lines and folds with fillers. *J Drugs*

Dermatol 2010;9: Suppl 8:129-37.

254. Martínez González RA. Programa-guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales. Ministerio de sanidad y política social- Secretaría general de política social y consumo -Dirección general de política social de las familias y de la infancia. Ed: Secretaría General Técnica, 2009 (Catálogo de Publicaciones: [www.msps.es](http://www.msps.es)) NIPO: 660-09-023-3 Depósito Legal: M-33.098-2009

255. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualisation. Clin Psychol Rev 1998;18:1-22.

256. Kligman AM. Psychological aspects of skin disorders in the elderly. Cutis 1989;43:498-501.

257. Titeca G, Poot F, Cassart D, Defays B, Pirard D, Comas M, et al. Impact of cosmetic care on quality of life in breast cancer patients during chemotherapy and radiotherapy: An initial randomized controlled study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007;21:771-6.

258. Weeden J, Sabini J. Physical attractiveness and health in western societies: a review. Psychol Bull 2005;131:635-53.

259. Orringer JS, Helfrich YS, Hamilton T, Friedman C, Johnson T, Sachs D, Arbor A. Prevalence of psychotropic medication use among cosmetic and medical dermatology patients: a comparative study. J Am Acad Dermatol 2006;54:416-19.

260. Castle DJ, Phillips KA, Dufresne RG Jr. Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *J Cosmet Dermatol* 2004;3:99-103.
261. Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. *Aesthetic Plast Surg* 2008;32:473-84.
262. Rohrer TE. Lasers and cosmetic dermatology surgery for aging skin. *Clin Geriatr Med* 2001;17:769-94.
263. Metules T. Cosmetic surgery: is it really right for your patient? *RN* 2005;68:32.
264. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
265. Castle DJ, Honigman RJ, Phillips KA. Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? *Med J Aust* 2002;176:601-4.
266. Sarwer DB, Spitzer JC. Body image dysmorphic disorder in persons who undergo aesthetic medical treatments. *Aesthet Surg J* 2012;32:999-1009.
267. Harth W, Seikowski K, Hermes B, Gieler U. New lifestyle drugs and somatoform disorders in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22:141-9.

268. Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, Fossaluza V, Torres AR, Miguel EC, et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol* 2010;63:235-43.
269. Wilson JB, Arpey CJ. Body dysmorphic disorder: Suggestions for detection and treatment in a surgical dermatology practice. *Dermatol Surg* 2004;30:1391-9.
270. Vindigni V, Pavan C, Semenzin M, Grana S, Gambaro FM, Marini M, et al. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: Do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Eur J Plast Surg* 2002;25:305-8.
271. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998;52:283-7.
272. Roper BL, Ben-Porath YS, Butcher JN. Comparability of computerized and conventional testing with the MMPI-2. *J Pers Assess* 1991;57:278-90.
273. Braken B. Multidimensional self-concept scale. Auestin, Tx: Pro-Ed, 1992.
274. Kreyden OP. Antiaging - a scientific topic or just a social trend? *J Cosmet Dermatol* 2005;4:228-9.

## VI. ANEXOS: CUESTIONARIO DEBIE

**CUESTIONARIO SOBRE DERMATOLOGÍA ESTÉTICA Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR EMOCIONAL  
(DEBIE)**

El objetivo de este cuestionario es conocer su opinión sobre los tratamientos de Dermatología Estética y su posible relación con el bienestar personal.

Este cuestionario es **totalmente ANÓNIMO** y los datos se tratarán con la máxima confidencialidad con fines de investigación.

Conteste de forma **sincera, espontánea y rápida**, sin pensar demasiado acerca de cada frase. Le llevará unos **10-20 minutos**. Si se equivoca en algo tache la equivocación y señale la respuesta correcta.

POR FAVOR, NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. **GRACIAS** POR SU COLABORACIÓN.

**A. Información Socio-Demográfica**

Cubra y señale con un círculo el número de la respuesta que considere de acuerdo con su caso, **EN ESTE MOMENTO DE SU VIDA**.

1. Fecha de hoy: día: \_\_\_\_\_ / mes: \_\_\_\_\_ / año: \_\_\_\_\_
2. Sexo: 1) Mujer 2) Varón
3. Edad: 1) Entre 18-25 años 2) Entre 26-44 años 3) Entre 45-64 años 4) Entre 65-90 años
4. Sólo si es mujer: 1) Ya pasé la menopausia 2) Tengo ahora cambios hormonales de menopausia 3) Aún no pasé la menopausia
5. Localidad donde reside: \_\_\_\_\_
6. Ámbito de residencia durante los primeros 15 años de su vida: 1) Rural 2) Urbano 3) Rural y urbano
7. País de Procedencia: 1) España 2) Otro país. Indicar el nombre del país: \_\_\_\_\_
8. Estudios Cursados: 1) Ninguno 2) Educación Escolar Obligatoria 3) Formación Profesional y/o Bachiller 4) Estud. Universitarios
9. Profesión: \_\_\_\_\_
10. Cargo de Responsabilidad sobre otras personas en el trabajo (directivo, jefe de servicio..): 1) SI 2) NO
11. Profesión cara al público o en relación frecuente con personas: 1) SI 2) NO
12. Estado Civil: 1) Casado/a o vive en pareja 2) Soltero/a 3) Separado/a y/o divorciado/a 4) Viudo/a
13. Hijos: 1) Sin hijos/as 2) 1 hijo/a 3) 2 hijos/as 4) 3 o más hijos/as
14. Ingresos Globales de la familia: 1) Menos de 1.000 euros al mes 2) Entre 1.000 y 2.500 euros/mes 3) Más de 2.500 euros/mes

**B. Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo**

De forma rápida y sencilla, conteste si **USTED, EN ESTE MOMENTO DE SU VIDA**, se siente o no, como se afirma en cada frase. Ponga una cruz en la casilla correspondiente a su respuesta, sabiendo que:

**1-(N)- NUNCA 2-(AV)- ALGUNAS VECES 3-(MV)- MUCHAS VECES 4-(S)- SIEMPRE**

EJEMPLO: puede aparecer una frase parecida a "Me siento muy ilusionado". Si usted, en esta etapa de su vida, no se siente así en ninguna ocasión, tendría que poner una cruz en la casilla 1-N de ese renglón. Si algunas veces sí se siente ilusionado, pondrá una cruz en la casilla 2-AV. Si esto le ocurre a menudo, pondrá una cruz en la casilla 3-MV. Si usted se siente de esa forma en casi todos los momentos, pondrá la cruz en la casilla 4-S.

VALORACIÓN ➔ 1-(N)-Nunca, 2-(AV)-Algunas veces, 3-(MV)-Muchas veces, 4-(S)-Siempre	1	2	3	4
	N	AV	MV	S
1. Acostumbro a ver el lado favorable de las cosas				
2. Me gusta transmitir mi felicidad a los demás				
3. Me siento bien conmigo mismo/a				
4. En general, todo me parece interesante				
5. Me gusta divertirme				
6. Me siento jovial				
7. Busco momentos de distracción y descanso				
8. Tengo buena suerte				
9. Estoy ilusionado/a				
10. Se me han abierto muchas puertas en mi vida				
11. Me siento optimista				

	<b>VALORACIÓN ➔</b>			
	<b>1 N</b>	<b>2 AV</b>	<b>3 MV</b>	<b>4 S</b>
<b>1-(N)-Nunca, 2-(AV)-Algunas veces, 3-(MV)-Muchas veces, 4-(S)-Siempre</b>				
12. Me siento capaz de realizar mi trabajo				
13. Duermo bien y de forma tranquila				
14. Me creo útil y necesario/a para la gente				
15. Creo que me sucederán cosas agradables				
16. Creo que como persona, hasta hoy, he logrado lo que quería				
17. Creo que valgo tanto como cualquier otra persona				
18. Creo que puedo superar mis errores y debilidades				
19. Creo que mi familia me quiere				
20. Me siento “en forma”				
21. Tengo muchas ganas de vivir				
22. Afronto mi trabajo y mis tareas con buen ánimo				
23. Me gusta lo que hago				
24. Disfruto de las comidas				
25. Me gusta salir y ver a la gente				
26. Me concentro con facilidad en lo que estoy haciendo				
27. Creo que, generalmente, tengo buen humor				
28. Siento que todo me va bien				
29. Tengo confianza en mí mismo				

### Subescala de Dermatología Estética y Bienestar Psicológico Subjetivo

*La Dermatología Estética es la parte de la Dermatología Médica que se ocupa de mejorar el aspecto de la **piel sana** (textura, luminosidad, arrugas, manchas de la edad) y las consecuencias estéticas de problemas médicos (rojeces, manchas del embarazo, cicatrices). Para lograr estas mejoras se usan técnicas médicas como: cosméticos (cremas y maquillajes médicos), peelings, rellenos inyectables para arrugas, láser y “botox” o toxina botulínica.*

**De forma rápida y sencilla, conteste si USTED, EN ESTE MOMENTO DE SU VIDA, piensa o no, como se afirma en las frases siguientes. Ponga una cruz en la casilla correspondiente a su respuesta, sabiendo que:**

**1-(TD)- TOTAL DESACUERDO 2-(D)-DESACUERDO 3-(A)- DE ACUERDO 4-(TA)-TOTAL ACUERDO**

	<b>VALORACIÓN ➔</b>			
	<b>1 TD</b>	<b>2 D</b>	<b>3 A</b>	<b>4 TA</b>
<b>1-(TD)- Total Desacuerdo, 2-(D)-Desacuerdo, 3-(A)-De Acuerdo, 4-(TA)-Total Acuerdo</b>				
30. Me preocupa el aspecto estético de mi piel				
31. Me parece importante el buen aspecto estético de mi piel para desarrollar un buen concepto de mí mismo				
<b>Me parece importante el buen ASPECTO ESTÉTICO de MI PIEL para tener lo siguiente:</b>				
32. ... una buena relación de pareja				
33. ... una vida social (familia y amigos) positiva				
34. He pensado alguna vez en consultar cómo mejorar el aspecto estético de mi piel				
35. Si pensara en mejorar el aspecto estético de mi piel acudiría a un Médico Especialista en Dermatología				
36. He oído nombrar en alguna ocasión (TV, amigos, etc) alguno de los siguientes tratamientos: cosméticos, <i>peeling</i> , “botox” o toxina botulínica, relleno de arrugas, mesoterapia, rejuvenecimiento con láser.				
37. Sé lo que son los cosméticos ( <i>independientemente de mi opinión hacia su uso</i> ).				
38. Sé en qué consiste un <i>peeling</i> médico ( <i>independientemente de mi opinión hacia su uso</i> ).				
39. Sé en qué consiste el rejuvenecimiento de la piel con láser ( <i>independientemente de mi opinión hacia su uso</i> )				

<b>VALORACIÓN ➔</b>				
<b>1-(TD)- Total Desacuerdo, 2-(D)-En desacuerdo, 3-(A)-De acuerdo, 4-(TA)-Total Acuerdo</b>	<b>1 TD</b>	<b>2 D</b>	<b>3 A</b>	<b>4 TA</b>
40. Sé en qué consisten los “rellenos” inyectables para arrugas ( <i>independientemente de mi opinión hacia su uso</i> )				
41. Sé en qué consiste la mesoterapia ( <i>independientemente de mi opinión hacia su uso</i> ).				
42. Sé en qué consiste el tratamiento con “botox” o toxina botulínica ( <i>independientemente de mi opinión hacia su uso</i> )				
43. He pensado alguna vez en hacerme algún tratamiento estético ( <i>peeling, láser, rellenos...</i> )				
44. Realizaría algún tratamiento ESTÉTICO ( <i>peeling, láser, rellenos....</i> ) si mi Dermatólogo/a me lo aconsejase				
45. Los tratamientos de Dermatología Estética no sólo corrigen defectos estéticos; también ayudan a prevenir el envejecimiento y preservar las funciones de la piel				
<b>Los resultados de la Dermatología Estética pueden ayudarme a lo siguiente:</b>				
46. ... sentirme mejor y más seguro/a conmigo mismo/a				
47. ... mejorar mi relación de pareja				
48. ... mejorar mis relaciones sociales (familia y amigos)				
49. ... aumentar mi éxito en el trabajo				
50. ... ver el lado favorable de las cosas				
51. ...sentirme más ilusionado/a				
52. ... que se me abran muchas puertas en mi vida				
53. ... sentirme con mejor salud				
54. ... sentirme más capaz de superar mis errores y debilidades				
55. ... tener más ganas de vivir				
56. ... realizar mi trabajo y mis tareas con más ánimo				
57. ... que me guste salir y ver gente				
58. ... tener mejor humor				

**AÑADA CUALQUIER COMENTARIO QUE CONSIDERE OPORTUNO:**

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



**CUESTIONES SOBRE DERMATOLOGÍA ESTÉTICA**

Este cuestionario es **totalmente ANÓNIMO** y los datos se tratarán con la máxima confidencialidad con fines de investigación. Conteste de forma **sincera, espontánea y rápida**, sin pensar demasiado acerca de cada frase. Si se equivoca en algo tache la equivocación y señale la respuesta correcta.

POR FAVOR, NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. **GRACIAS** POR SU COLABORACIÓN.

**A. Información Socio-Demográfica**

Cubra y señale con un círculo el número de la respuesta que considere de acuerdo con su caso, **EN ESTE MOMENTO DE SU VIDA**.

1. Fecha de hoy: día: \_\_\_\_\_ / mes: \_\_\_\_\_ / año: \_\_\_\_\_
2. Sexo: 1) Mujer 2) Varón
3. Edad: 1) Entre 18-25 años 2) Entre 26-44 años 3) Entre 45-64 años 4) Entre 65-90 años
4. Sólo si es mujer: 1) Ya pasé la menopausia 2) Tengo ahora cambios hormonales de menopausia 3) Aún no pasé la menopausia
5. Localidad donde reside: \_\_\_\_\_
6. Ámbito de residencia durante los primeros 15 años de su vida: 1) Rural 2) Urbano 3) Rural y urbano
7. País de Procedencia: 1) España 2) Otro país. Indicar el nombre del país \_\_\_\_\_
8. Estudios Cursados: 1) Ninguno 2) Educación Escolar Obligatoria 3) Formación Profesional y/o Bachiller) 4) Estud.Universitarios
9. Profesión: \_\_\_\_\_
10. Cargo de Responsabilidad sobre otras personas en el trabajo (directivo, jefe de servicio..): 1) SI 2) NO
11. Profesión cara al público o en relación frecuente con personas: 1) SI 2) NO
12. Estado Civil: 1) Casado/a o vive en pareja 2) Soltero/a 3) Separado/a y/o divorciado/a 4) Viudo/a
13. Hijos: 1) Sin hijos/as 2) 1 hijo/a 3) 2 hijos/as 4) 3 o más hijos/as
14. Ingresos Globales de la familia: 1) Menos de 1.000 euros al mes 2) Entre 1.000 y 2.500 euros/mes 3) Más de 2.500 euros/mes

Emita **POR FAVOR** su opinión a las siguientes cuestiones:

VALORACIÓN ➔	1	2	3	4
1-(N)-Nunca o (TD)-Total desacuerdo, 2-(AV)-Algunas veces o (D)-En desacuerdo 3-(MV)-Muchas veces o (A)-De Acuerdo, 4-(S)-Siempre o (TA)-Total Acuerdo	N TD	AV D	MV A	S TA
Creo que tengo buena salud				
Me parece importante el buen ASPECTO ESTÉTICO de MI PIEL para tener más éxito en el trabajo				
Opino que los tratamientos estéticos ( <i>peeling</i> , láser, rellenos...) realmente mejoran el aspecto estético de las personas				

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**